

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

DU TRAITEMENT GÉNÉRAL
DANS LES AFFECTIONS AURICULAIRES

Par le Dr GELLÉ ⁽¹⁾.

Le rapport « sur le traitement général dans les maladies de l'oreille » m'a été confié au dernier Congrès d'Otologie, à Bruxelles ; j'ai l'honneur de vous en donner lecture.

Il paraît tout d'abord original de faire, devant une assemblée de médecins spécialistes, d'auristes, l'exposé des divers modes de traitement qui s'adressent non plus à l'organe spécialement étudié et soigné par eux, mais à l'économie tout entière ou à des organes éloignés.

Rien de plus naturel cependant ; cela découle des lois mêmes de la pathologie générale.

L'organe de l'ouïe, comme les autres organes, peut être frappé secondairement, deutéropathiquement, aussi bien que primitivement ; de plus, comme conséquence de l'affection locale, primaire, il existe des phénomènes subjectifs ou visibles secondaires qui doivent être soignés par le médecin auriste, seul capable d'en reconnaître l'étiologie otitique et de les traiter.

Certes, l'importance prépondérante des soins topiques et des actions thérapeutiques locales, des interventions directes *manu armata*, leur grande supériorité ne fait doute pour personne ; cependant, aucun de nous, au cours de l'examen d'un individu consultant pour une affection auriculaire,

(1) Lu au Congrès international d'otologie de Florence, septembre 1895.

n'oublie de s'enquérir des conditions organiques, physiologiques et pathologiques générales du patient; chacun de nous s'efforce de connaître ses tendances morbides individuelles ou familiales, sa constitution, l'influence du métier, du climat, des traitements subis, etc., pour éclairer l'étiologie de l'affection actuelle. En plus des soins directement appliqués sur l'oreille malade, la nécessité d'une thérapeutique générale naît des rapports réciproques des divers organes, et se base sur l'influence naturelle des milieux de l'économie. Le médecin ne peut méconnaître ces relations pathogéniques, et négliger d'en tenir compte dans ses prescriptions et ses conseils.

Aussi bien, l'étude de la pathologie auriculaire, peut-être plus qu'aucune autre, expose le tableau complexe des actions diathésiques, et les effets des maladies antécédentes, des infections générales, anciennes ou récentes, de l'évolution organique même, sur la nature et la marche du processus otitique.

La clinique montre cette subordination fréquente aux divers états morbides, généraux ou localisés, des phénomènes otiques qu'ils soient primitifs ou secondaires.

Ces associations, ces successions, ces groupements pathologiques sériés allant de l'économie entière à l'organe ou *vice versa*, autant que leur déterminisme propre, doivent préoccuper le médecin auriste; de là une thérapeutique générale des affections auriculaires.

D'ailleurs, ne faut-il pas l'intervention d'un spécialiste auriste pour reconnaître, par exemple, qu'un trouble morbide, phénomène subjectif ou autre, bien que manifestement auditif, n'est lié à aucune lésion de l'organe de l'ouïe? déclarer l'oreille intacte, n'est-ce pas là encore une source d'indications précises? ne serait-ce que celle d'en chercher autre part le foyer d'origine. A une étiologie indirecte on doit tenter d'opposer un traitement également indirect; c'est ainsi qu'on parvient à soulager un bourdonnement en traitant l'utérus, le cœur, la gorge, etc., sans négliger cependant l'état otique, et les lésions déterminantes de l'excitation locale.

Plus loin, nous montrerons que l'on est logiquement conduit à obéir encore à la même indication, quand, à l'opposé, il existe une lésion, mais ancienne, incurable, immobile, simple cause d'appel, avec des troubles fonctionnels plus généraux décelant l'action d'influences extra-otiques.

La lésion reconnue fixe, morte, pour ainsi dire, le médecin doit rechercher quelle autre région de l'organisme est le point de départ du symptôme d'allure auditive ; telle, l'hyperesthésie tardive, d'origine névropathique chez un sourd scléreux ; tel, un bourdonnement récent, né sous l'influence d'un état neurasthénique nouveau, dans une surdité ancienne.

De là une thérapeutique générale nécessaire.

Pour remplir mon mandat, et exposer avec méthode et sans rien oublier la thérapeutique générale des affections de l'oreille, deux voies se présentaient. On peut, en effet, envisager surtout le côté thérapeutique, et parcourir la série des médicaments de la matière médicale, en mettant en face l'une de l'autre l'indication et la substance médicamenteuse, ou le moyen curatif capable d'y satisfaire... ; mais, ce discours s'adresse à des cliniciens, et j'ai pensé que le cadre de la clinique convenait mieux à cette étude ; et qu'il y aurait plus de profit et plus de clarté tout ensemble à grouper les nombreux états pathologiques, dyscrasies, infections, neuropathies, traumatismes, sources d'épuisement, etc., et les médications générales usitées et appropriées, et à en exposer l'effet dans les lésions et troubles auditifs pour lesquels on nous consulte dans ces circonstances.

C'est ainsi que j'ai pris et classé des types cliniques otologiques bien tranchés ; et je ne les ai plus envisagés en auriste, seulement en spécialiste, à titre de mal local, mais comme détermination actuelle de maladies plus générales ou comme origine de complications d'une portée plus grande, et d'actions morbides à distance.

J'avais d'abord pensé qu'il n'était pas dans le plan de la question posée de m'occuper des affections aiguës otiques et de leur traitement général.

Cependant les cas chroniques se compliquent trop souvent

de poussées aiguës, de réveils actifs du processus, pour que je n'en dise pas au moins quelques mots. Au reste, nous touchons ici à un point des plus intéressants de notre thèse ; je veux dire l'ensemble des moyens prophylactiques à employer, pour sauver l'oreille dans les affections aiguës.

PROPHYLAXIE

Les fièvres éruptives et autres n'offrent-elles pas dans leur cours, ou à leur suite, des lésions otiques, souvent bilatérales ? Des soins particuliers indirects, appliqués à propos, agissent alors à titre préventif, et méritent ainsi d'être signalés aux praticiens comme des moyens de grande valeur : prévoir c'est prévenir. A ce point de vue, les irrigations nasales détersives et antiseptiques si justement recommandées par Guye, d'Amsterdam, dans la rougeole, la scarlatine, la grippe et autres maladies infectieuses, etc., au Congrès de Bâle, ont été un progrès sérieux et sont devenues classiques partout.

De même, il est bon de dire aux parents de porter souvent les enfants malades à bras, pour ne pas prolonger le décubitus, qui dirige les exsudats intertubaires vers les oreilles moyennes ; et d'enlever ceux-ci fréquemment au moyen de la douche d'air lancée avec la poire de caoutchouc par une narine, l'autre restant ouverte (moucher artificiel).

De même encore, je n'hésite pas, en pleine scarlatine angineuse avec délire et gêne considérable de la respiration, causée par le gonflement énorme des amygdales, à enlever une au moins de ces glandes pour rétablir la respiration ; ou encore je conseille de lancer directement dans la gorge de l'enfant, qui ne sait pas se gargariser, des jets d'eau de Seltz, avec le siphon ordinaire au tube duquel on ajoute une canule de gomme suffisamment longue (15 centimètres).

Rien de plus résolutif que ces douches froides, et rien de plus sauveur pour les deux oreilles, dans cette maladie qui fait tant de sourds, tant d'otorrhéiques, tant de sourds-muets.

Chez l'adulte, la prophylaxie des affections otiques, ou de leurs récidives, possède beaucoup d'autres modes d'action, c'est ainsi que l'hydrothérapie rendra les muqueuses nasales moins susceptibles et les catarrhes auriculaires et leur suite (bourdonnements, vertiges) moins fréquents.

Le mariage, la grossesse, l'allaitement peuvent être déconseillés à des patientes atteintes de surdité, avec tendance scléreuse.

C'est le domaine de l'hygiène que nous côtoyons ; le choix d'une profession, d'un climat, d'un séjour passager ou habituel n'est pas une prédisposition négligeable dans certaines tendances aux affections otiques, héréditaires ou acquises ; nous en parlerons.

Mais *dans l'enfance*, la prophylaxie doit être sérieusement instituée ; elle aura à lutter contre les causes de surdi-mutité.

Le médecin auriste peut être consulté d'ailleurs par une famille qu'une surdi-mutité, ou une affection destructive de l'ouïe, a fortement inquiétée déjà ; et le traitement prophylactique devra être judicieusement établi, à propos d'une deuxième grossesse ou d'un nouveau-né.

C'est dans le mode défectueux de l'élevage de l'enfant que résident la plupart des causes de lésions précoces et graves de l'appareil auditif : ce terrain est donc bien le nôtre. S'il est vrai que les surdités congénitales, par hérédo-syphilis, par tuberculose, par infection microbienne du fœtus au cours de la grossesse, etc., sont hors de notre prévision en général, elles ne le sont pas absolument, car dans les grossesses nouvelles l'on peut déjà prévoir. Il n'en est plus de même après la naissance ; alors le rôle du médecin est tracé.

Les oculistes nous ont montré l'urgence et les bienfaits des soins immédiats donnés à l'enfant qui vient de naître dans certaines conditions et j'étendrai, pour ma part, les lavages antiseptiques des yeux, si utiles à ce moment, aux fosses nasales et aux orifices des oreilles.

Les voies d'hétéro-infection au passage vaginal ou par les eaux souillées de l'amnios seront pour l'oreille, comme pour

les yeux, minutieusement inspectées et aseptisées. Plus tard, les infections du nourrisson par le lait du sein sont possibles, et je ne puis que les signaler ici, au nom de l'otiatricque. D'autre part, les hétéro-infections de l'allaitement artificiel sont, on le sait, redoutables; le lait devra être choisi et pasteurisé; et l'eau du coupage bouillie, etc.; la surveillance doit redoubler dans une famille dont un enfant a déjà offert des affections graves des oreilles.

En effet, la plus active des infections est encore celle qui résulte des auto-infections qui naissent d'une alimentation insuffisante ou défectueuse (indigestions fréquentes, putréfaction des aliments) d'où l'entérite, la gastro-entérite aiguë ou chronique et par suite la dénutrition extrême, l'auto-infection, (*bacterium coli* commune), l'athrepsie de Parrot.

L'oreille est touchée dans ces cas d'une façon indirecte; mais elle suppure facilement dans les cachexies (parotidites infectieuses, Karlinsky, Quinquaud) et les diathèses ont beau jeu dans de pareilles conditions.

A l'infection gastro-intestinale on doit ajouter celle par les voies respiratoires. Ici le mécanisme de l'infection apparaît plus simple et plus direct.

Les rhinorrhées, les bronchites, etc., sont l'origine de complications otiques graves, extrêmement fréquentes, de l'enfance, du premier âge. Les oreilles doivent être surveillées alors avec grand soin, et l'asepsie des voies nasobuccales et pharyngées exécutée avec la plus grande ténacité; le *bacterium coli* a été signalé dans la bouche par MM. Netter, Bezançon, Widal. Les streptocoques, pneumocoques, staphylocoques de ces cavités causent, en effet, les otites et les otorrhées qui font les sourds-muets à cette deuxième phase de la vie (Widal, Moos, Netter, Gradenigo, etc.).

Ainsi, que ce soit par propagation ou par suite d'infection générale, les deux oreilles sont à cet âge très souvent atteintes; au début, le processus infectieux part soit de l'intestin, soit des voies de la respiration, de là naît l'infection générale.

Enfin les infections peuvent aussi s'étendre de la peau

(plaies, gourmes, impétigo, etc.), par le conduit à l'oreille moyenne, et les soins de toilette doivent être redoublés dans toutes les pyodermies (Marfan), si fréquentes chez l'enfant. C'est une porte souvent ouverte à l'infection de l'organe de l'ouïe (Lermoyez et Helme).

Or, l'oreille moyenne est l'organe qui suppure le plus facilement ainsi que de Tröltsch l'a montré le premier.

La grande tendance que l'oreille a à suppurer dans toutes les cachexies et dans les infections générales, les suites de ces lésions destructives dans l'enfance, pendant l'allaitement, le sevrage, la dentition, la surdi-mutité qui menace, l'athrepsie et ses manifestations infectieuses épuisantes qui sont si communes, expliquent le développement que j'ai donné à ces notions de prophylaxie précoce; j'ai voulu insister sur ce point que l'invasion ne pénètre aussi loin que parce que le terrain a été rendu propice au développement des bactéries et impuissant à triompher des toxines produites; j'ai voulu montrer qu'on peut agir avec succès en préparant de longue main l'organisme à la lutte. L'organe de l'ouïe paye un lourd tribut à la pathologie infantile, par l'oubli ou le mépris des lois les plus simples de l'hygiène du premier âge.

Quant à l'hérédité, dont l'action a une sorte de fatalité, Charrin vient de montrer récemment, par expérience, à quel point les infections des générateurs nuisent au développement des petits, altèrent leur constitution et leur résistance (Charrin, Soc. de Biologie, 27 juillet 1891, *Influence des toxines sur la descendance*). Ainsi, la pathologie expérimentale reproduit nos tableaux cliniques.

Par compensation, les soins donnés à la mère peuvent empêcher l'infection de l'enfant qu'elle porte, ou en pallier les effets *ab ovo*. Le traitement préventif doit être énergiquement appliqué, et l'expérience a parlé pour certaines de ces hérédités pathologiques (Fournier, etc.), dont la surdité est une suite trop connue.

TRAITEMENT GÉNÉRAL DES AFFECTIONS OTIQUES AIGUES

Après la prophylaxie, vient le traitement général des affections aiguës de l'oreille. Primitives ou secondaires, elles bénéficieront de la médication interne, d'autant plus et plus vite que l'otite sera proche du début. Associé à une action topique décisive, prompt, ce traitement aidera véritablement à juguler le processus. La poussée fluxionnaire peut disparaître, la suppuration être évitée et la terminaison par résolution acquise par le concours des moyens généraux et des interventions locales.

Pour être plus rares depuis l'influenza, qui a multiplié les otites infectieuses graves, ces guérisons ont été observées. Trop rarement, par malheur, les sujets nous sont amenés aux premiers jours de la maladie.

En même temps que les soins topiques indiqués, le médecin ordonnera, le soir et la nuit, le bromure de potassium ou mieux de strontium, seul ou allié au chloral, soit par la bouche, soit en lavement à garder, pour obtenir le sommeil et l'apaisement des douleurs.

Le médicament par excellence de l'inflammation aiguë auriculaire est le sulfate de quinine. Donné à doses élevées, fractionnées (0,75 à 1 gramme par jour) ou massives, il est antiphlogistique ; c'est un calmant anesthésique ; il décongestionne la tête, éteint la fièvre (Laborde), il est toujours supérieur dans les maladies infectieuses.

La plupart des médecins, dans l'influenza, ont tiré un excellent parti de l'antipyrine, dans les formes otitiques, si douloureuses (Cazeneuve et L. Cuinier). Elle s'adresse à la fois à la céphalalgie, à l'otalgie et à la fièvre ; son maniement facile la rend d'un emploi sûr, chez l'enfant.

Le grand bain tiède est, chez celui-ci encore, un sédatif excellent de la fièvre et de la douleur locale.

Dès 1879, j'ai recommandé dans l'otite aiguë catarrhale, en un mémoire lu à la Société de médecine pratique de Paris, l'infusion de 4 grammes de feuilles de jaborandi dans 125 grammes d'eau.

La pilocarpine est aujourd'hui couramment ordonnée dans le même but ; son action sudorifique provoque une crise résolutive et une détente salutaire (Politzer, Baber, Boke, Girmoneky).

Chez certains adultes, le calomel associé à l'opium a donné d'excellents résultats à doses fractionnées, entre les mains de praticiens connus.

Dans l'otite aiguë rhumatismale, le salicylate de soude est bien indiqué ; son action calmante est rapide ; mais on peut lui reprocher de provoquer des bourdonnements d'oreilles éternuants, et une excitation manifeste du cerveau. Les bromures alors feront mieux ; mais l'ergotine surtout trouve là son emploi ; une seringue de Pravaz de l'ergotine d'Yvon, par exemple (une ou deux fois par jour), abaisse la fièvre, et diminue l'intensité de l'hypérémie.

La digitale et ses alcaloïdes rendent encore de grands services dans les otites secondaires de la pneumonie, de la pleurésie, des grandes pyrexies, soit seule, soit associée au sulfate de quinine.

L'indication des opiacés est plus restreinte ; mais parfois impérieuse dans les crises à forme névralgique, avec vomissements, qui marquent le début de certaines otites.

On est bien forcé d'y avoir recours chez les sujets qui refusent ou retardent la paracentèse tympanique.

Je ne veux pas oublier, dans la défervescence des affections otiques aiguës, les bons effets des préparations d'acónit, signalés depuis longtemps par Turnbull.

Quand l'affection est une ostéo-périostite otique, la supériorité des applications topiques et de l'intervention *manu armata* est démontrée ; mais il reste toujours des indications générales à remplir, ainsi que je l'ai dit plus haut.

Parmi celles-ci, je signalerai l'utilité de l'antisepsie intestinale, que je mets sur le même plan que celle des fosses nasales et de la gorge.

Les travaux de Nicolaïer, de Roux et Yersin entr'autres, et de Gradenigo, ont appris combien certaines associations microbiennes sont particulièrement redoutables. Dans l'otite, on fera l'asepsie aussi rigoureuse que possible du tube intes-

tinal, d'après les règles tracées par Bouchard; le benzonaphtol, l'iodoforme, la quinine, le salicylate de bismuth seront d'un usage journalier et leurs doses graduées d'après l'état des voies digestives, et suivant l'affection (dysenterie, choléra, diarrhées, affections hépatiques, etc.), qui se complique d'otite aiguë (Hanot, Gilbert).

L'otite goutteuse a un début brusque, une marche rapide; elle se résout parfois subitement par l'apparition du gonflement du pouce, goutte normale.

On doit agir énergiquement; au traitement topique, on joindra l'emploi du spécifique reconnu, de la colchique, ou de la colchicine. Le salicylate de soude à fortes doses peut être suffisant, s'il ne blesse pas trop le sujet par les bruits qu'il éveille. Une sangsue auprès du méat enlève parfois la douleur. Les révulsifs et le régime sévère seront ordonnés.

Pour clore ce chapitre, je rappellerai combien l'état général de l'organisme a d'influence sur la marche de l'infection microbienne, cause de l'otite aiguë. Nous savons tous quelles facilités offre à l'invasion un organisme épuisé par une maladie antécédente, la fatigue, par les pertes, la sénilité, les chagrins, etc.; il y a donc là une indication précise de relever les forces du malade au moyen des agents connus de la thérapeutique générale (quina, strychnine, kola, suralimentation, hygiène, etc.).

Cette thérapeutique est traditionnelle, c'est celle du passé; on peut augurer mieux de l'avenir et des agents nouveaux: une nouvelle ère se lève pour la thérapeutique générale. En effet, les bases de la thérapeutique sont aujourd'hui profondément changées, conséquence des découvertes de la microbiologie.

Depuis que l'inflammation et l'infection, la suppuration et l'infection sont choses connexes, les modes de traitement se sont unifiés, simplifiés et concentrés dans les formes multiples de l'antisepsie et de l'asepsie, au grand bénéfice de la thérapeutique locale.

Mais l'étude des microbes pathogènes, de leurs fonctions, l'isolement des toxines, la connaissance de leurs activités par

l'expérimentation ; puis, la découverte des propriétés bactéricides des humeurs ont conduit à la sérothérapie.

Les travaux de Chauveau, Bouchard, Charrin, Roger, Büchner, Richet et Héricourt, Behring, Beuwner, Peiper, Roux et Chamberland, Duclaux, Katz, Baginski, Ehrlich, Kössel, Flügge, Gamaleïa, Foa, Grohmann, Fodor, Nissen, Chantemesse, etc., ont établi les bases de la doctrine actuelle de l'immunisation, des vaccins et de la sérothérapie : la matière médicale, les médications vont être totalement changées. Le médecin auriste a suivi avec attention le magnifique développement de cette science bactériologique expérimentale.

Sans doute, le moment approche, combien souhaité, où nous posséderons le sérum capable de combattre et de détruire les infections streptococciques, staphylococciques, pneumococciques, etc., et les autres pathogènes reconnus. Au récent Congrès de Bordeaux, H. Roger, après avoir rappelé que les premières tentatives thérapeutiques, faites avec l'aide de M. Charrin (23 février et 30 mars 1893, Soc. biol.), avaient donné des résultats encourageants, confirmés par MM. Josué, Hermary, Jacquet, ajoute : « il est actuellement démontré que les injections de sérum antistreptococcique provenant d'animaux immunisés au moyen de cultures stérilisées, ne présentent aucun danger. » Plus loin : « nos résultats sont d'autant meilleurs qu'on intervient plus tôt... » Mais il y a encore trop peu de faits pratiques ; et il est impossible de poser des conclusions définitives. »

Cela est d'hier ; c'est plus que l'espérance de la réussite : la thérapeutique générale sera donc bientôt pourvue d'agents efficaces contre l'une des plus grandes infections bactériennes et des plus fréquentes.

En attendant, bien que nous ne tenions pas encore ce prestigieux moyen thérapeutique, des notions importantes et pratiques se dégagent de ces expériences et de ces études, dont nous pouvons déjà faire notre profit par avance.

Des plus récents travaux, en effet, de ceux de Chauveau, Bouchard et de Charrin, Roger, surtout, il résulte, que les fonctions biologiques et le développement des bactéries,

ainsi que leurs produits ou toxines sont profondément modifiés et influencés, atténués ou supprimés par le milieu de culture, par l'activité des cellules, et par l'énergie du système nerveux du sujet. La vieille médecine dirait-elle autre chose, quand, au lieu de se nommer bactéries, les agents de nos maladies générales s'appelaient virus, miasmes, etc. Après comme avant les découvertes microbiologiques, il est indiqué de soutenir le tonus vital de l'économie dans sa lutte.

Les réactions de l'économie, la vigueur de la constitution, luttent en effet avec avantage contre l'infection et contre l'intoxication microbiennes; bien plus, les sérums seraient non-seulement bactéricides et antitoxiques, mais ils agissent comme stimulants de l'organisme et viennent en définitive en aide à la nature médicatrice (Bouchard, Congrès de Bordeaux, 1893).

D'ores et déjà, on aperçoit l'utilité des moyens thérapeutiques capables de relever les forces, de rendre le milieu organique mauvais terrain de culture et réfractaire aux activités ennemies, enfin d'accroître le phagocytisme et d'amener l'immunité. L'économie est armée pour la défense; il faut doubler ses forces. Les maladies infectieuses de l'oreille sont trop nombreuses pour que ces notions ne soient pas retenues par le médecin auriste.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS CHRONIQUES

Abordons le traitement général dans les affections chroniques de l'oreille.

OTORRHÉE. — Parmi les affections chroniques auriculaires, un type clinique, bien tranché, se présente tout d'abord, le plus répanda, le plus populaire; c'est l'otorrhée.

Dans l'otorrhée, en dehors des conditions locales évidentes, dont le traitement ressortit au spécialiste, et qui entretiennent la suppuration, on ne peut se refuser d'admettre l'action de causes générales, qui créent une plus grande réceptivité de l'organisme pour l'infection; c'est un

mode inférieur de vitalité de celui-ci, soit primitif, prédisposant, soit consécutif, et né de l'infection même, par l'activité des toxines.

La diapédèse existe ; parfois elle se supprime ; la phagocytose est arrêtée ; le leucocyte a perdu sa vigueur, la cellule inerte, morte, est expulsée sous forme de pus (Bouchard).

La lutte de la cellule contre la bactérie est finie : la destruction marche, les colonies se développent ; les toxines agissent à distance, ruinant l'énergie phagocytaire et tarissant la diapédèse (Bouchard).

Certains organismes doivent cependant arriver à l'état d'immunisation, qui explique la persistance du mal local sans généralisation ; mais de nouvelles invasions ou des traumatismes ou des chocs nerveux récents peuvent suspendre l'immunité ; de là, les poussées aiguës intercurrentes si redoutables, menace constante des otorrhéiques.

Le traitement local détruit les colonies et le sol pathologique sur lequel les bactéries se multiplient ; les antiseptiques arrêtent ou empêchent leur évolution, et les sécrétions toxiques ; ils créent un milieu de culture défavorable : c'est un premier point important.

Le traitement général, bien moins actif, a pour mission de rendre les humeurs bactéricides, de relever les forces vitales, de donner à l'économie une résistance supérieure et au phagocytisme sa plus grande énergie : son action est indirecte.

Depuis longtemps, l'action nuisible des maladies avec affaiblissement de la nutrition dans les infections a été signalée : la thérapeutique doit donc s'adresser à ces états pathogéniques et diriger contre eux toutes les ressources de l'art ; l'hérédité n'a pas de plus grand complice que les lésions de nutrition chez l'enfant. L'antisepsie sera généralisée pour éviter les associations bactériennes si graves (Roux, Bouchard, etc.).

L'hygiène et la thérapeutique combineront leurs efforts pour assurer le triomphe de la défense.

Nulle part, cette subordination de l'affection locale à une cause générale, et l'activité de la médication interne ne sont

plus évidentes que dans l'otorrhée syphilitique. On voit, en effet, celle-ci résister à d'habiles soins topiques, et céder rapidement et totalement aux médicaments spécifiques, dès que l'origine du mal est soupçonnée.

D'autre part, cependant, on sait que l'otorrhée hérédosyphilitique exige de plus l'adjonction de soins généraux, l'allaitement prolongé, régime reconstituant, des toniques, etc., puis les cures d'eaux minérales, salines, chlorurées sodiques ou arsénicales, ou des sulfureuses, telles que La Bourboule, Challes, Brides, Acqui, Amélie, Barèges, Kreusnack, etc., dans les caries avec pertes de substance étendues, et chez les enfants.

Ces cures thermales ont le défaut de ramener parfois l'otorrhée, il faut en surveiller l'action excitante.

En général, on doit défendre les bains de mer dans l'otorrhée, ils activent les infections secondaires et la suppuration, etc. ; le climat maritime ne vaut guère mieux à ce point de vue, bien qu'on voit l'état général des enfants s'améliorer ostensiblement. C'est aussi l'opinion du D^r Bergeron, et de J. Moure de Bordeaux (IV^e Congrès, p. 185), de Knapp, Morpurgo, Cozzolino, S. Sexton et de la plupart des otologistes.

Otorrhée diabétique. — L'influence remarquable des altérations du milieu organique sur les infections et intoxications microbiennes apparaît encore clairement dans l'otorrhée des diabétiques ; sur ces constitutions affaiblies aux périodes de l'épuisement et de l'autophagie, les invasions bactériennes les plus diverses sont possibles, elles se succèdent, s'associent facilement.

Aux agents de la suppuration peuvent s'ajouter le bacille du colon, celui de la gangrène gazeuse, tous les artisans de la mortification rapide des tissus. Un traumatisme, un choc nerveux peuvent mettre en évidence ces fonctions bactériennes redoutables et l'activité de leurs toxines associées. (Charrin, Roger, Bouchard).

Le traitement général occupe donc ici encore une place importante ; il est indiqué plus que jamais de modifier le terrain, de le rendre plus réfractaire, d'exciter la vitalité des

cellules et la résistance des tissus, de solliciter l'énergie vitale. On traitera énergiquement la glycosurie : en faisant succéder de 15 en 15 jours au régime de Bouchardat, soit l'antipyrine (2 grammes), soit le sulfate de quinine (0,30) soit le bromure de potassium ; la suralimentation est de toute utilité, et l'alcool et le vin doivent être pris largement. La campagne, l'exercice au grand air sont les conditions nécessaires de guérison. On agit de même dans toutes espèces de cachexies et d'épuisement, en s'adressant tout d'abord à la cause (pertes, allaitement, dysenterie chronique), qu'il faut supprimer.

Otorrhée goutteuse. — Chez les goutteux, fils de goutteux, les otorrhées consécutives aux pyrexies, etc., de l'enfance sont graves et interminables. Au traitement local on ajoutera, suivant le cas, les toniques, l'hygiène, et rarement le médicament spécifique (colchicine), sinon dans les crises aiguës.

Quant aux dégénérés de la diathèse, c'est aux cures d'eaux sulfureuses pyrénéennes ou aux salines (Kreuznack, Salies, Brides) qu'on devra les envoyer, plutôt qu'aux eaux de Vichy, Carlsbad, Gastein, etc. Au contraire, c'est sur ces dernières qu'il faudra diriger les otorrhées des adultes et des vieillards, dues à des dermites, à des séborrhées, tantôt sèches, tantôt humides, d'origine arthritique, et à Saint-Gervais, Saint-Sauveur ou Uriage.

La médication arsénicale est applicable dans tous ces cas.

Faut-il répéter que les catarrhes naso-pharyngiens, les flux muqueux concomitants seront traités, en même temps que les surfaces cutanées périotiques seront aseptisées : ces cures touchent plusieurs points à la fois, ce qui explique leur grande activité ?

Otorrhée des tuberculeux. — L'otorrhée est fréquente chez les tuberculeux ; la tendance ulcéralive, destructive de ces lésions, montre assez la déchéance des forces de l'organisme, et combien une thérapeutique reconstituante est indiquée. On fait les médications nombreuses par lesquelles la tuberculose est combattue ; les glycér phosphates, l'huile de foie de morue, la suralimentation ; la viande crue ; puis l'habitation à la campagne, dans une station élevée (Saint-Moritz, Ragatz, Davos,

etc.), et les eaux du Mont-Dore, de la Bourboule, en France, ainsi que les chlorurées sodiques et calciques, les sulfureuses légères, les salines, les arsénicales de tous les pays, suivant la forme de l'évolution morbide, torpide ou irritable.

Je ne connais pas d'observation de guérison d'une otorrhée par la tuberculine de Kock, ni par le cantharidate de soude, ni par les injections de sérums artificiels ou par celles du gaïacol, d'eucalyptol, etc., ni par les sulfites à l'intérieur ou par l'iodoforme ; beaucoup de ces moyens sont à essayer.

Notons, en passant, l'apparition possible d'une otorrhée après une cure sur les hautes vallées, à Davos, par exemple, ou après une saison au Mont-Dore (Gellé) ou à la Bourboule ; ces retours n'ont pas d'autre cause qu'une rhino-pharyngite.

La sérothérapie donnera-t-elle des résultats dans l'otorrhée bacillaire ?

C'est la médecine de l'avenir : or, d'après les récentes observations de Broca (27 juillet 1895, Soc. Biologie), je ne puis que la recommander. En effet, des ulcérations cutanées tuberculeuses rebelles ont été ainsi guéries complètement ; et il y a là un trop heureux présage pour que je ne le signale pas. Le professeur Marigliano vient aussi de montrer la puissance de ces nouvelles méthodes séro-thérapiques.

Otorrhée des enfants. — L'otorrhée chez les petits enfants au sein peut être tuberculeuse ou hérédosyphilitique ; l'état connu des générateurs sert de guide dans le premier cas ; la résistance aux soins topiques conduit à essayer le traitement spécifique dans le second : il est rapidement alors suivi d'amélioration décisive.

Mais souvent on doit reconnaître dans le mauvais état de santé, dans l'épuisement de la mère, dans l'allaitement insuffisant ou toxique, la cause d'entretien de l'écoulement ; on change de nourrice ; et les gourmes du pavillon, la séborrhée du conduit, l'écoulement puriforme si tenaces disparaissent vite. Nous avons déjà parlé des soins hygiéniques de l'allaitement artificiel et des effets préventifs d'une bonne alimentation à cet âge.

Otorrhée des scrofuleux. — D'autre part, chez les enfants

scrofuleux où l'otorrhée se complique d'engorgements ganglionnaires et de catarrhes du rhino-pharynx, avec ou sans adénoïdes, la médication interne vient heureusement en aide au traitement topique fondamental de la muqueuse et de l'oreille. Les ferrugineux, l'arséniat de soude allié au vin de quinquina, aux amers, les glycéro-phosphates, l'huile de foie de morue; la campagne, puis, les eaux minérales salines (Kreuznach, Ischl, Brides, Salins); ou bien, les chlorurées sodiques (La Bourboule, Uriage, Saint-Moritz, Saint-Gervais); les ferrugineuses (Spa), les arsénicales (Mont-Dore), enfin les sulfureuses (Acqui, Challes, Barèges, Bagnères, Saint-Honoré, etc.), remplissent au mieux l'indication persistante de relever l'organisme, d'aider une croissance. J'ajoute qu'aucun traitement topique sérieux ne peut être fait chez les enfants, aux stations thermales, à moins de bien connaître l'état de la lésion auriculaire, et les procédés scientifiques de l'otologie.

Allaitement chez les otorrhéiques. — L'allaitement sera déconseillé ou rapidement supprimé chez les femmes otorrhéiques; certaines voient leur écoulement reparaitre à chaque grossesse.

L'allaitement aggrave la maladie otique, provoque l'infection et les complications graves; en tous cas, c'est une condition de sa chronicité par l'épuisement consécutif.

La pathologie de la peau du conduit offre à la clinique toutes les affections cutanées connues; et leur traitement n'a rien d'absolument spécial à l'oreille.

Je renvoie aux traités de dermatologie et à nos classiques. J'en ai dit la prophylaxie: l'antisepsie y joue un grand rôle.

OTITE CHRONIQUE. — Nous voici en présence d'un autre type clinique: l'otite chronique, aussi fréquente que l'otorrhée.

Au point de vue thérapeutique, sous son unité apparente, l'otite chronique comprend plusieurs modalités pathologiques et symptomatiques bien tranchées, formant autant de types particuliers, qui comportent chacun des indications spéciales.

Nous les esquisserons rapidement. Tout d'abord la chronicité s'explique par les retours, les recrudescences des états

fluxionnaires, sécrétoires, etc., de la première heure ; ces poussées saisonnières, secondaires à des affections récidivantes du nez, de la gorge, doivent être soignées comme une affection subaiguë ; et les crises atténuées ou évitées par un traitement général et une hygiène prophylactique.

L'hydrothérapie pourra combattre avantageusement la prédisposition aux catarrhes des premières voies. Les eaux thermales, sulfurées, salines, chlorurées : sont toutes excellentes à ce point de vue (Huysmann, Politzer, Gellé).

Dans la période plastique, les eaux thermales, les bains de vapeur ou d'étuve sèche (Aix-la-Chapelle) activent la résolution chez les sujets forts et chez les arthritiques ; chez les convalescents, les eaux ferrugineuses (Spa, Bussang), les iodiques (Challes, Hall), les arsénicales (Mont-Dore, la Bourboule) sont indiquées. Chez les affaiblis, les salines fortes (Kreuznach, Ischl, Salies) et les douches sulfureuses chaudes rapides (Aix, Bagnères, etc.).

Chez les individus sanguins, congestifs, on évitera les cures thermales ; les bains chauds souvent aggravent la surdité (Ruthen) ; il en est noté de subites dans le bain chaud (deux cas, Gellé). Chez les neurasthéniques, les douches froides sont en général excellentes. Les syphilitiques vont à Aulus, Barèges. Vichy, Nérès, Dax, Saint-Sauveur, chez les rhumatisants excitable, remplissent bien l'indication.

D'autre part, la mer est absolument défendue dans la période anté-scléreuse.

Otalgie. — Certains types d'otites chroniques se distinguent par la prédominance d'un signe.

L'otalgie, la névralgie otique, même entretenue par une lésion, sont rapidement guéries soit par le traitement spécifique (mercuriel surtout) s'il y a exostose tympanique, accident secondaire, etc. ; soit par les ferrugineux, les toniques, l'arséniate de soude, chez les anémiques ; chez tous, le sulfate de quinine seul ou associé à l'aconit est radical ; et s'il y a impaludisme, à plus forte raison.

Les crises tabétiques sont soulagées par le salicylate de soude et la phénacétine ; chez les hystériques, les neurasthéniques, les épuisés, elles cèdent aux douches froides.

Dans la sclérose, celles-ci ont un effet calmant, sédatif sans pareil, quelque soit l'âge de l'individu ; il faut en graduer habilement la température au début. Il est bien entendu que ces assertions sont appuyées sur des faits cliniques personnels, et sur l'opinion des maîtres aux traités de qui je renvoie.

Vertige. — Autre type clinique : le vertige caractérise suffisamment certaines formes d'otites ; tantôt il est rapporté à une compression secondaire du labyrinthe ; tantôt à des lésions de celui-ci ; tantôt c'est un réflexe, un trouble sympathique, avec ou sans lésion otique.

Si le patient est pléthorique, une saignée (Withers), quelques sangsues au siège, le soulageront vite ; de même un purgatif énergique, s'il est hémorroïdaire ; pendant l'accès, avec nausées, vomissements, faiblesse des jambes, on fera respirer de l'éther, ou du bromure d'éthyle ; s'il dure, le sujet sera couché ; on lui donnera de la glace et la potion de Rivière. Un Politzer est immédiatement effectué, et la raréfaction doit être essayée ; de même, les pulvérisations d'éther ou de chlorure d'éthyle sur l'apophyse mastoïde.

Le sulfate de quinine est, à mon avis, le médicament de choix dans le vertige auriculaire ; on le donne à dose de 0,60 à 0,80 centigrammes par jour, durant 10 à 12 jours. Il est prescrit par tous les auteurs, d'après Charcot : il calme l'excitation réflexe : il est anesthésique. Le chlorhydro-sulfate causerait moins de bourdonnements (Gellé, Charcot, Cheatham). On paraît s'être trouvé bien de l'emploi de la pilocarpine en injections hypodermiques, suivant les indications de Politzer, de Böke, Field, Corradi, G. Metcalfe, Mackenzie, Virmonsky, Cresswell Baber, etc.

Dans une affection aussi tenace et aussi sérieuse, c'est une véritable conquête. Depuis longtemps, on traite le vertige otique avec de bons résultats par le bromure de potassium, soit par les iodures ; c'est classique : le premier tempère l'excitabilité réflexe ; le second, vaso-dilatateur, s'adresse à l'artério-sclérose. La dyspepsie, les troubles digestifs, la pléthore abdominale provoquent le vertige de Menière ; et, on arrête les accès en améliorant ces états morbides par la

diète lactée, le régime approprié, et une hygiène entendue. L'oreille souffre par l'estomac : c'est ainsi que Vichy soulage certains vertiges ; de même l'asepsie du tube intestinal, arrête la formation des toxines, des acides gras, et l'intoxication consécutive. Quant aux troubles vertigineux, prodromes de l'attaque de goutte, ils sont avec succès traités par le salicylate de soude (Charcot, J. Gay, Gellé).

Le séjour à la campagne, au grand air, calme beaucoup de vertigineux ; le repos, loin des affaires, le calme, le sommeil réglé, la cessation de tout travail intellectuel sont des conditions indispensables parfois à la réussite ; les veilles, la fatigue, les chagrins doivent être évités.

Le vertige de Ménière prodromique ou non du tabes est variable ; mais il résiste à tout, use tout, et peut durer des années.

Le vertige symptomatique de l'hémorrhagie labyrinthique cesse de lui-même en quelques semaines, et plus tôt avec le sulfate de quinine, les antiphlogistiques immédiatement appliqués, puis l'iodure de potassium.

Chez les alcooliques, le régime lacté agit remarquablement vite, avec cessation du toxique.

D'autre part, l'otite grippale, suppurée ou non, laisse à sa suite un état d'endolorissement et d'excitabilité de l'appareil labyrinthique, tels que les vibrations, sinon le bruit de la parole, étourdissent, abasourdissent le patient.

Ces états vertigineux, de faiblesse irritable, expliqués par une hyperexcitabilité des nerfs des ampoules labyrinthiques et des centres réflexes, sont soulagés grandement par les douches froides ; et je m'en suis souvent très bien trouvé depuis l'influenza.

Celle-ci nous a fait toucher du doigt l'étiologie infectieuse des névroses. L'hyperesthésie labyrinthique peut être entretenue par des troubles de la circulation locale ou céphalique, donnant lieu à de la congestion de la tête ou, au contraire, à de l'anémie chez les cardiaques, dans l'albuminurie ; ailleurs, elle est éveillée par les toxines urémiques ou autres.

Les utérines offrent fréquemment du vertige avec une lésion otique unilatérale, scléreuse, et des signes de labyrinthisme.

Le traitement de l'affection génitale est indispensable à la cure ; le sulfate de quinine et les douches froides ici font encore merveille. De même chez les épuisés, après les pertes, les diarrhées, la dysenterie, etc., les grandes privations, l'affection otique récente ou ancienne prend l'allure vertigineuse ; celle-ci se modifiera par le traitement indiqué.

Chez les arthritiques, le vertige est fréquent au moment de la ménopause ; tantôt congestif d'origine, tantôt spasmodique et neurasthénique ; une déplétion par les drastiques réussit dans le premier cas ; les douches froides, et les toniques, etc., dans l'autre. Il est évident que pendant et après ces crises de vertige, la lésion scléreuse auriculaire reste identique ; il n'y a qu'un état labyrinthique ajouté, sur lequel la thérapeutique générale peut agir.

Le médecin emploiera donc tout l'arsenal des prescriptions classiques ordonnées dans les névroses (strychnine, arsénicaux, reconstituants ; douches froides, graduées, etc.) on est en effet en présence d'une névrose labyrinthique : le traitement général est actif et nécessaire. Mais certains états vertigineux et des accès même ont une durée insolite et résistent à nos médications ; ne pourrait-on pas, en pareil cas, essayer de l'administration à l'intérieur, *per os*, de l'extrait de reins de porcs, broyés et filtrés, additionné d'autant de glycérine, remède indiqué récemment par le Dr Bra, contre le vertige épileptique, et qui a donné des résultats encourageants (Soc. Biol. 20 juillet 1893). C'est une application heureuse des idées de Brown-Séquard sur la sécrétion interne des glandes.

Je ne fais que mentionner le vertige auriculaire chez les artério-scléreux, et chez les saturnins, l'iodure et le lait les soulagent d'ordinaire. On doit remarquer en clinique combien peu de vertiges cèdent sans la médication interne, qui peut suffire à en empêcher le retour.

Bourdonnements. — Les sourds qui se plaignent de bruits subjectifs, de tintouins, forment un autre type clinique auriculaire fréquent, également très tranché. Les bourdonnements gênent plus que la surdité. Qui oserait avancer que le traitement local suffit pour les tous guérir ? leur origine est une

hyperesthésie acquise du nerf labyrinthique, branche sensorielle. Cet état a persisté après l'otite ; ailleurs, dans l'otite chronique et la sclérose, il se réveille sous l'influence des poussées nouvelles, des lésions du voisinage, enfin par des actions réflexes dont le point de départ est plus général, dans l'économie. La sclérose otique est fixe ; les bruits sont, au contraire, des plus variables ; ils reconnaissent donc bien d'autres causes que la lésion locale, qui constitue la prédisposition.

Mais il n'est pas toujours facile de les découvrir et, ceci fait, il l'est souvent moins de les guérir.

Nous retrouvons encore les divisions et les indications particulières aux divers éléments étiologiques reconnus. Le bourdonnement est lié à un état congestif, passif dans les artério-scléroses et les affections cardiaques ; il est soulagé par la cure lactée et l'iodure de sodium ; ou à l'état d'hypotension artérielle dû à l'abaissement des forces du cœur, il sera traité et guéri par le lait et la kola, la strychnine, la caféine, etc.

L'anémie des albuminuriques, des convalescents, des épuisés, demande les reconstituants, les eaux ferrugineuses, etc ; enfin les névropathies exigent les arsénicaux, les eaux sédatives de Nérès, Dax ; les climats tempérés, les belles vallées (Grasse) ; et chez les moins excitables les chlorurées sodiques faibles, chaudes, les thermales simples, ou les ferrugineuses (Spa, Franzensbad, Lamalou, Capvern, Bagnères-de-Bigorre, Baden, Toplitz).

Les eaux sulfureuses de Challes, de Barèges, de Luchon, de Cauterets, les bains iodés de Hall ; les eaux salines fortes de Salies, Kreuznach, Ischl, s'adressent aux affections des muqueuses naso-pharyngiennes et doivent être réservées aux formes torpides, aux natures plus calmes et moins énergiques.

Dans la sclérose, la mer soulage certains bourdonnements insupportables ; comme le font les douches froides, même chez les diabétiques. Dans les affections de l'estomac de nature goutteuse ou arthritique, les tintouins si persistants sont diminués sous l'influence d'un régime sévère approprié ; aidés des

eaux de Vichy, de Cusset, d'Alet, du Boulou, de Carlsbad ; tandis que les eaux de Cransac, de Balaruc, de Marienbad, de Pullna, de Montmirail et de Châtel-Guyon réussiront chez les pléthoriques sédentaires, et les hémorroïdaires, et les congestifs.

Dans la médication interne dirigée contre les bourdonnements tenaces, je citerai : l'hyosciamine, le soir ; le bromure de strontium, comme vaso-constricteur ; le chloral comme somnifère ; la cannabine dans les gastralgies avec redoublement des bruits après le repas ; les sels de Vichy ou de Carlsbad dans les dyspepsies.

La suppression du café, du thé, des boissons alcooliques, la suspension des veilles, des travaux de l'esprit, des affaires, s'imposent.

Les bruits subjectifs liés à certaines névralgies ou hyperesthésies d'origine palustre, dentaire, anémique, seront facilement supprimés par le sulfate de quinine à doses fortes : en calmant l'élément douleur on fait cesser les spasmes musculaires et les bruits qui en résultent.

Dans la défervescence de l'otite, l'ergotine calme ou décongestionne l'oreille. D'autre part, le traitement spécifique est toujours très actif dans la sclérose d'origine hérédosyphilitique comme dans la syphilis acquise (Gruber). Mais souvent aussi, le bruit persiste ou revient avec tenacité, surtout chez les névropathiques.

L'éréthisme, l'ouïe douloureuse, les battements, l'état mental, qui accompagnent si souvent les tintouins chroniques, sont améliorés sérieusement par le séjour à la campagne, par les douches froides ; et, comme Dana le recommande, par le bromure, le pepto-fer et la spartéine, prescrits par tous les auteurs. L'acétanilide, l'antipyrine calment davantage l'hyperexcitabilité de certains sujets (Cazeneuve, L. Guinier). Mais le sulfate de quinine est assez mal supporté ; les hypnotiques sont alors préférables. On ajoutera toujours un régime reconstituant (peptones, viande crue râpée, glycérophosphates, strychnine, ferrugineux, etc.).

Certains bruits ne cèdent que par l'habitation sous un climat chaud, sec, à l'abri des vents, dans une vallée silen-

cieuse (Grasse, Nérès, Dax, Venise, lac de Côme, Biskrá, Gastein). (Voir Szenes, Boyton).

Le massage est un des meilleurs agents reconstituants et sera utilisé avec profit dans les tintouins les plus rebelles.

Le massage s'est montré utile dans le vertige et dans les bourdonnements ; chez les neurasthéniques, les épuisés, Charcot, Van Lair, Craicth l'ont recommandé. G. Nöstron masse la nuque ; les tempes surtout ; le massage vibratoire d'Urbantschitsch est aussi calmant des bruits. Le régime a parfois une influence décisive et rapide ; le régime lacté, chez les éthyliques, chez les gros mangeurs et les buveurs ; l'abstinence de viande noire ou rouge ; la diète sèche ou le régime légumiste sont salutaires à plusieurs titres. Les exercices du corps au grand air, dans une mesure réglée, combattent les effets de la sédentarité ; la bicyclette, le cheval font d'excellentes cures.

Les voyages en chemin de fer sont très redoutés des sujets affectés de tintouins ; ceux-ci redoublent à leur suite.

Surdité. — Nous voici maintenant en présence du type clinique où la surdité domine.

Tout d'abord apparaît une forme clinique bien tranchée, la *surdité subite*, la surdité grave, évoluant en peu de jours, en quelques heures : son étiologie est multiple ; et je dois avouer les tristesses de son traitement trop souvent inutile, et trop tardif.

En général, l'examen ne découvre aucune lésion de la caisse ni de ses annexes. Dans un cas, c'est au cours ou à la suite des oreillons chez un adulte plutôt ; dans un autre, c'est au début d'une albuminurie ; ailleurs, après une amygdalite suppurée, dite infectieuse ; ou bien, chez un syphilitique, sans cause connue ; ou bien encore c'est à la suite d'une crise hystérique, ou hystéro-traumatique ; comme dans le cas de Barthélemy, cité par Hermet, où le malade devint sourd subitement quand on lui annonça qu'il avait la syphilis, et guérit un an plus tard aussi subitement.

L'épilepsie, la congestion cérébrale, causent aussi la surdité subite ; de même l'hémorrhagie labyrinthique.

Le traitement interne, trop souvent simple consolation

médicale, dépend du diagnostic posé. Des sangsues, des révulsifs, des drastiques, la colchique sont indiqués, si l'on croit à une hémorrhagie, à un épanchement, de même en cas d'affection rénale ; les frictions sèches, la strychnine, les douches froides, le massage, la cure d'air, dans les formes nerveuses. Aujourd'hui on préconise la pilocarpine ; elle doit être administrée de bonne heure ; Politzer, Girmonsky, Cresswell Baber, Dalby, Suarez de Mendoza, Corradi, J. Baron, Hyde Hill, etc., en ont signalé les effets inconstants, mais parfois utiles, et, surtout si l'on intervient au début. En somme, les améliorations sont rares. Les surdités et surdités qui succèdent à la courte maladie de Voltolini restent aussi au-dessus de nos moyens ; nous arrivons trop tard.

Pourquoi ne pas essayer en pareil cas, d'après les idées de Brown-Séquard, l'extrait de reins indiqué plus haut, soit même l'extrait des parotides dans les oreillons, (Gellé) ou le suc thyroïdien dans certaines cachexies (Gley). L'étiologie infectieuse est trop générale pour que la séro-thérapie ne trouve pas aussi là son emploi dans l'avenir. On retrouve de plus ici toutes les indications énoncées plus haut à propos du vertige et du bourdonnement d'oreille ; je n'y reviens pas.

Cependant, en l'absence des troubles fonctionnels et subjectifs précédents, il sera bon d'ordonner la strychnine à doses rapidement élevées, la kola, le café, et la caféine, le thé ; puis les inhalations de chloroforme et d'éther ou d'éther bromhydrique ; ces stimulants du système nerveux réveillent la sensibilité de l'acoustique. De légères doses de quinine, ou de salicylate de soude, sont parfois utiles à ce point de vue ; la quinine à haute dose est à redouter chez le sourd. Les bruits avec trépidations améliorent l'audition ; avec Mathias Duval (Soc. Biologie) beaucoup de médecins admettent qu'ils excitent les foyers cérébraux auditifs et l'attention. Parlerais-je de la suggestion et de l'hypnotisme ? Evidemment certaines formes d'hyperesthésies sensorielles d'états spasmodiques, et de parésies d'origine plutôt nerveuse (neurasthénie, hystéro-traumatisme), paraissent susceptibles d'être améliorées ou au moins traitées par ces pratiques ; mais, pour la surdité, d'après les résultats, nous sommes loin

de l'enthousiasme de Braid (1883, trad. J. Simon) et nous sommes plus difficiles. Cependant j'ajouterai que M. Ochonowicz (De la suggestion mentale, 1887, p. 93), indique, au cours d'une expérience d'hypnotisme, avoir constaté une évidente hyperacousie du sujet : ces phénomènes d'excitation transitoire sont bien connus. D'ailleurs, on peut rencontrer des sujets comme celui du Dr Barthélemy ; et on comprend qu'il soit possible de les traiter par l'hypnotisme, ou la suggestion, dont se louent Bérillon et Janet. Qu'il y ait ou non une lésion *auriculaire*, c'est par le cerveau que l'on entend, en réalité ; tout modificateur du système nerveux est donc susceptible d'agir sur l'audition.

Electricité. — Le traitement général des affections auriculaires utilise encore un puissant modificateur, l'électricité. Bien que son emploi en otologie doive faire l'objet spécial du travail de mon honorable co-rapporteur, je ne puis manquer d'en signaler l'importance curative générale. Les courants sinusoïdaux de d'Arsonval excitant directement le muscle sans le nerf, sont indolores dans leur application aux muscles tympaniques ; sous la forme de bains électriques plus ou moins prolongés, sur le tabouret isolateur et d'étincelles, d'une application pratique facile ; on peut obtenir de l'emploi de l'électricité statique, chez les débilités, les neurasthéniques irritables, chez les nerveux intolérants qui n'acceptent rien des autres traitements généraux, des effets sédatifs, stimulants, toniques, qui se manifestent par l'atténuation ou la disparition des troubles subjectifs éprouvés et l'amélioration secondaire de l'audition.

De plus, avec d'Arsonval, la thérapeutique vient de s'enrichir d'une méthode nouvelle, pratique depuis peu, par laquelle on agit sur la nutrition, l'assimilation ; les échanges, les fonctions les plus intimes de l'organisme, au moyen de l'auto-induction, par les courants intermittents de haute fréquence, dont la tolérance est si étonnamment remarquable ; certainement ce sont là des ressources thérapeutiques qui ne sont point à négliger (Gauthier, Larat, Plicque).

Me voici au terme de mon sujet ; c'est une revue. J'ai parcouru toute la pathologie auriculaire ; et, pour chacun des

types cliniques principaux, j'ai cherché à établir les indications thérapeutiques et les divers moyens de les remplir par la médication interne, par l'hygiène et la diététique, et l'électricité, l'hydrothérapie. J'ai montré les ressources de l'avenir dans la sérothérapie, médication encore à l'étude.

Dans ce coup d'œil sur la thérapeutique générale des maladies de l'oreille, vous trouverez, je pense, avec moi, la démonstration évidente de la supériorité d'action du traitement direct local, topique ; mais aussi la nécessité s'y montre d'y adjoindre cependant l'ensemble des moyens curatifs qui constituent la thérapeutique générale ; en définitive, qu'ils s'adressent à l'oreille même ou à l'économie entière, les divers traitements tendent à venir en aide, à la nature *médicatrice*.

BIBLIOGRAPHIE

Citations en plus des ouvrages ou traités classiques spéciaux.

J. BRAID. — De l'hypnotisme (traduction J. Simon. 1883), p. 153 et suiv.

ABERCOMBIE. — Du somnambulisme naturel, p. 298 et 309.

FIELD. — Cases of labyrinthine deafness treated by pilocarpin (1839. *Brit. med. journ.* p. 471, mars) ; id. 1892.

C. CORRADI. — Surdité guérie par la pilocarpine, (*Archiv. für Ohrenheilk.* p. 33. 16 décembre 1887. in Hayem, 1888. T. XXXII, p. 293.)

BOYTON. — Traitement des bourdonnements d'oreilles (*Therap. gaz.* 16 février 1889).

CRESSWELL BABER. — Surdité nerveuse traitée par la pilocarpine. (*Brit. med. journ.*, 23 février 1883.)

TURNBULL. — Aconit dans les bourdonnements d'oreille et la surdité. (*Dict. sc. med.* p. 585 ; article : Acoustique. Gavarret).

CHEATHAM. — La quinine dans les maladies de l'oreille. (*Amer. pract. and news*, 24 février. 1894).

G. METEALSE. — Pilocarpine dans les affections de l'oreille (*Annales des mal. de l'or. et du larynx*. 1894, p. 754).

HUYSMAN. — L'eau froide et les maladies de l'oreille (Soc. néerl. d'otol. Utrecht, 2 juillet 1893.)

STAMOFF. — Recherches sur le vertige électrique dans les maladies de l'oreille (Thèse inaug. Genève, 1902.)

RUTTEN. — Vertige auriculaire dans le bain (*Presse. belge. med.* 31 juillet 1892).

STEPHEN MACKENZIE. — Remarque sur la nature, le diagn., le pronos. et le trait. du vertige auditif (*Brit. med. jour.* 5 mai 1894, p. 953; et, *Annales des mal. de l'or. et du larynx.* 7 janvier 1895, p. 100.)

L. CUINIER. — De l'action thérapeutique de l'antipyrine dans les otites (Thèse Lyon, décembre 1892. in *Annales des mal. de l'or. et du larynx.*)

CAZENEUVE. — Action therap. de l'antipyrine dans les otites, etc. (Soc. nat. méd. de Lyon, 12 déc. 1892, et in *Lyon méd.* 1893, 8 janvier.)

GRUBER. — Du traitement syphilitique des maladies de l'oreille (*Annales des mal. de l'or. et du larynx.*, janvier 1895, p. 74).

GRAND. — De l'influence du climat sur les affections auriculaires et naso-pharyngées (*Lyon méd.* 30 septembre 1894.)

J. GAY. — Un cas de mal. de Ménière guéri par le salicylate de soude (*Brit. med. journ.*, 9 septembre 1893).

SIR V. B. DALLY. — Note sur le vertige auditif (*Brit. med. journ.* 12 mai 1894).

SZENES. — Path. et trait. des bourd. d'or. (2^e réunion otol. allem. *Archiv. für Ohrenheilk.*, juillet 1893).

HYDE HILL. — 2 cas de surdité traités par la pilocarpine (Cambridge. med. soc. 18 juillet 1891 et *Brit. med. journ.* novembre 1891).

B. J. BARON. — Maladies du labyrinthe traitées par la pilocarpine (4 cas.) (*Annales des mal. de l'or. et du larynx.* 21^e vol. 1^{re} partie, p. 493, 1895).

SHIRMUNSKY. — Pilocarpine dans les affect. de l'or. (*Annales des mal. de l'or. et du larynx.* p. 102. 21^e vol. 1^{re} partie 1895).

BARTHÉLEMY. — Cité par Hermet (Soc. derm. et syphiligr. 13 novembre 1894).

ED. WOAKES. — The connexion of estomac and vertigo labyrinthic (*Ann. journ. of med. sc.* 1878).

BROCA ET CHARRIN. — De la sérothérapie dans la tuberculose cutanée (*Soc. biolog.* 27 juillet 1895).

A. BOUYER. — Trait. des mal. catarrhales de l'oreille à Caunterets (*Gaz. Hôp.* n° 91, p. 85, 7 août 1894).

CASTEX ET LADREIT DE LACHARRIÈRE. — Indic. et contr'ind. du trait. marin, etc. (Congrès de Boulogne-sur-Mer, in *Annales des mal. de l'oreille et du larynx.*, 1894, 27 juillet).

CHARRIN. — Influence des toxines sur la descendance (*Soc. biol.* 27 juillet 1895.)

M. BRIDE ET A. JAMER. — Epilepsie et vertige dans leurs rapports avec les mal. de l'or. (*Arch. neurol.* T. I, p. 475, et *Edinburgh med. journ.* février 1880.)

LADREIT DE LACHARRIÈRE. — (*Annales des mal. de l'or. et du larynx.* 1879).

BOBONE. — *Boll. dell malattia dell. orecchio*, 1885.

P. BÔKE. — De la pilocarpine dans les malad. de l'oreille (IV^e Congrès d'otologie à Bruxelles.)

TRAITEMENT DANS LES AFFECTIONS AURICULAIRES 341

SUAREZ DE MENDOZA. — Pilocarpine dans surdité après fièvre typhoïde (C. R. IV^e Congrès d'otologie id.).

BERGERON. — De Berck-sur-Mer in *Revue de Moure*.

J. MOURE. — Des bains de mer dans les mal. de l'or. (IV^e Congrès d'otologie à Bruxelles, et *Revue de Moure*).

KNAPP. — *New-York rev.* mai 1879, n^o 18.

MORPURGO. — *Lo sperimental.* décembre 1879, n^o 12.

COZZOLINO. — Leçons, etc. 1885, et in *Annales des mal. de l'or. et du larynx*.

S. SEXTON. — *Med. record*, mai 1878.

HESSLER. — Upon the climatic traitement of. chron. otorrhée (*Munch. med. Woch.* n^o 50, 1894).

BEZOLD. — Pilocarpine et iod. de pot. dans les surdités nerveuses. A review of. the present states of. otologie, par Block de Friburg 1892.

GRADENIGO. — (Et Pes.) Upon the rationnal treatment of acute inflammation of the midle Ear (*Arch. of. otol.* vol. 38, p. 43.)

Dr WITHERS. — Vertige rapporté à tension artérielle exagérée guéri par saignée (*Brit. med. journ.* 2 juin, 1894 et *Archiv. otolog. New-York*, avril 1895).

PLICQUE. — L'électricité en otologie (*Annales des mal. de l'or. et du larynx*, vol. IX. 1894).

ED. BRADFORD, DEUCH. — Pilocarpine et iodure pot. dans la syphilis otique, — et in disenses of the perceptive mécanisme, etc. — Diseases of the ear. New-York, 1894.

D'ARSONVAL. — Courant sinusoidaux (*Soc. biol.* T. III, p. 392. 9^e série, 29 mai 1893).

BOUCHARD. — Communication, congrès de Bordeaux. (*Presse médicale*, 14 août 1895).

H. ROGER. — *Presse médicale*, 14 août 1895.

LABORDE. — (V) — — 1895, et *Tribune médicale*.

MARFAN. — Des sources de l'infection chez le nourrisson. (*Presse médicale*, 5 janvier 1895).

WURTZ ET LERMOYEZ. — Le pouvoir bactéricide du mucus nasal (*Annales des mal. de l'or. et du larynx*, août 1893 et mai 1895, p. 565).

LERMOYEZ ET HELME. — Un cas d'amygdalite coli-bacillaire (*Annales des mal. de l'or. et du larynx*, août 1894, n^o 8).

GELLÉ. — Du jaborandi dans les otites catarrhales aiguës, 1879. (C. R. Soc. med. pratique.)

EEMANN. — De la nature de la sclérose auriculaire (sclérose, affection trophique d'origine nerveuse). (*Annales des mal. de l'or. et du larynx*. 1894, août, n^o 8.)

APOSTOLI ET BERLIOZ. — Action thérapeutique des courants à haute fréquence, auto-induction du Pr d'Arsonval. (B. Acad. sc., 18 mars 1895.)

LERMOYEZ. — (B. Soc. française d'otologie. 1895, avril, et *Annales des mal. de l'or. et du larynx*.)

II

SUR UN CAS RARE D'OTITE EXTERNE D'ORIGINE INFECTIEUSE

Par le Dr **S. SZENES**, de Buda-Pesth (1).

Blan (2) et Hessler (3) ont eu le mérite d'attirer l'attention sur cette maladie du conduit auditif externe, qui provient d'une infection. Ces deux auteurs concluent dans leurs mémoires que tous les auristes ont observé sûrement des faits analogues à ceux qu'ils rapportent, aussi n'insisterai-je pas sur le sujet en général, bien qu'il s'agisse dans mes observations d'inflammations, qui toutes ont une origine infectieuse. Et si j'enrichis la casuistique d'un nouveau cas d'otite externe, ce n'est qu'en raison de la rareté de l'infection.

Anna B, nourrice. âgée de 26 ans, m'est adressée par mon aimable confrère, le Dr Braun, médecin d'enfants de Buda-Pesth, le 7 novembre 1894. La malade se plaint depuis quatre jours de douleurs dans l'oreille droite qui durent toute la journée, mais sont toutefois supportables, tandis que la nuit elles augmentent au point d'empêcher le sommeil. L'oreille est sensible à la moindre pression.

Au premier examen, je trouvai le conduit auditif droit rempli de pus fétide et son ouverture réduite au minimum, à tel point qu'après un nettoyage soigneux de l'oreille avec des pinceaux d'ouates très petits, je ne pus introduire que des spéculums auriculaires de calibre des plus restreints, et cela au prix de vio-

(1) Communication lue le 2 juin 1895 à la 4^e séance de la IV^e réunion de la Société d'Otologie allemande à Jéna.

(2) *Archiv f. Ohrenheilk*; 19 Bd. p. 206, et 26 Bd. p. 229.

(3) *Idem* 26 Bd, p. 39, et *Deuts. med. Woch.*, 1888, n^o 17.

lentes souffrances. Les parois du conduit auditif étaient très gonflées et durcies, mais toutefois après l'introduction de spéculums minces, et à l'aide d'un bon éclairage au gaz, je distinguai nettement la membrane tympanique normale quoique faible. Lorsque le spéculum était dans l'oreille, l'audition devenait à peu près normale, mais le pouvoir auditif diminuait sensiblement quand on retirait le spéculum, de sorte que lors de l'épreuve de Weber, le son du diapason était latéralisé au côté droit affecté, il en était de même de l'épreuve de Rinne. Il existait dans l'angle sous-maxillaire droit quelques ganglions lymphatiques tuméfiés dont la dimension variait du volume d'un pois à celui d'un haricot.

La malade attribuait son affection à ce que l'enfant qu'elle nourrissait avait été vacciné la semaine précédente, et que les pustules avaient apparu sur les deux portions supérieures des bras, et elle croit qu'elle a dû s'introduire quelque chose dans l'oreille avec les doigts ; son oreille la démangeant fréquemment, elle a l'habitude de se soulager en introduisant son doigt dans le conduit auditif externe. De plus, la malade portait aussi une pustule vaccinale de un centimètre de diamètre, s'étendant de l'angle gauche de la bouche sur la joue gauche.

Je fus ainsi éclairé de suite sur l'origine de la maladie et j'ordonnai des cataplasmes chauds à la farine de graine de lin, qui provoquèrent le lendemain une sécrétion purulente plus abondante encore de l'oreille droite, mais qui détendit les parois du conduit auditif.

Il existait sur la paroi inférieure, un endroit proéminent un peu plus dur, situé près de l'orifice externe du conduit auditif externe, mais les parois voisines du conduit étaient infiltrées, de sorte qu'on devait renoncer à l'opinion de l'existence d'une *otite externe circonscrite* et admettre celle d'une *otite externe diffuse*.

A la suite de la progression de la sténose, la suppuration s'arrêta, mais l'écoulement du fond de l'oreille demeura toujours fétide. Après avoir nettoyé soigneusement l'oreille, j'essayai d'introduire dans le conduit un tampon d'ouate imbibé d'une solution de menthol à 15 %, et pour prévenir l'insomnie, je prescrivis 3 grammes de chloral. Mais la malade n'absorba qu'une partie de la dose prescrite, et elle eut la nuit un véritable accès de délire qui ne céda qu'après qu'elle eut bu le reste de la solution chloralée. J'enlevai le tampon mentholé obturateur, car il était imprégné de pus, et un confrère appelé,

émit l'idée que l'obstruction avait pu déterminer des accidents de rétention. Je cessai donc la médication par le menthol, je recommandai des cataplasmes froids et injectai quotidiennement dans l'oreille une faible solution de lysol, au moyen d'une canule introduite dans le conduit auditif externe, et ce n'est qu'au bout de six jours, le 13 novembre, que je revins au traitement mentholé plus facile à appliquer. Entre temps, la tuméfaction des parois du conduit avait sensiblement diminué sous l'influence des cataplasmes froids et on ne distinguait presque plus de ganglions lymphatiques engorgés à l'angle sous-maxillaire.

Sous l'influence du menthol, l'orifice du conduit se dilata de jour en jour davantage, et je vis le 23 novembre, c'est-à-dire douze jours plus tard, une excroissance granuleuse sur la paroi inférieure du conduit, que je cautérisai à plusieurs reprises au nitrate d'argent, puis je bouchai le conduit avec des tampons de plus en plus gros imbibés d'huile mentholée. Par ce traitement, la suppuration persista jusqu'au 1^{er} décembre (23 jours en tout), il survint ensuite une légère desquamation des parois du conduit à la place de l'excroissance située sur la paroi inférieure du conduit auditif, on voyait une petite croûte de cérumen et d'épiderme, et lorsque la malade revint me voir dix jours après, la croûte était tombée et à sa place, c'est-à-dire à l'entrée du conduit auditif externe, sur la paroi inférieure, on voyait une dépression cicatricielle de la peau, semblable à celles que nous portons tous au bras, à l'endroit où nous avons été vaccinés.

Il est donc indubitable que ce cas d'otite externe est d'origine infectieuse, la nourrice s'étant contagionnée par le bras de son nourrisson.

On a décrit en ophtalmologie des cas d'infections semblables qui s'étaient portées sur la conjonctive, mais à ma connaissance, on n'en a pas publié dans notre spécialité, c'est ce qui m'a déterminé à publier mon observation en raison de sa rareté.

III

DEVONS-NOUS DANS DES CAS AIGUS NOUS PRONONCER POUR OU CONTRE L'OUVERTURE DE L'APOPHYSE MASTOÏDE?

Par le Dr **S. SZENES**, de Buda-Pesth (1).

A la troisième réunion de notre Société, Walb (2) s'est prononcé également contre les deux extrêmes, à propos du traitement opératoire des otites moyennes suppurées chroniques, et il a conclu que l'on ne devait se ranger à aucun des deux moyens, mais les employer consécutivement.

Je crois aussi qu'il faut rejeter cette question en ce qui concerne les cas aigus, car ici le plus souvent il s'agit d'une indication vitale, de même que dans les cas chroniques. Je déclarerai donc tout d'abord que je ne m'étendrai pas sur l'opération, mais plutôt sur le mode de procéder, c'est-à-dire sur la façon d'indiquer l'ouverture permanente de l'apophyse mastoïde dans les cas aigus. Car si la perforation de l'apophyse mastoïde est aujourd'hui une condition *sine qua non* de la pratique d'un auriste, qui doit être effectuée le plus souvent avec des soins chirurgicaux sévères, et qui a quelque chose de grave, je crois qu'il ne faut pas envisager l'opération comme un dernier refuge, parce qu'il faut toujours se poser la question de savoir si l'affection ne pourrait guérir sans opération par les méthodes conservatrices et d'une manière durable. Aussi doit-on agir avec circonspection, les heureux effets de l'opération pouvant aisément entraîner à un excès contraire,

(1) Communication lue le 2 juin 1895 à la 3^e séance de la 14^e réunion de la Société d'Otologie allemande à Iéna.

(2) *Archiv für Ohrenheilk.* Bd. 37, p. 34.

c'est-à-dire à opérer lorsque le besoin ne s'en fait pas absolument sentir.

Les indications de Schwartz (1) généralement adoptées sont que « dans les inflammations aiguës, primitives et secondaires de l'apophyse mastoïde, lorsque le traitement antiphlogistique (bien appliqué) n'aura fait disparaître en peu de jours (huit au plus) ni la douleur, ni l'œdème, ni la fièvre », l'ouverture est inévitable, et Schwartz (2) explique que l'opération n'est indiquée avec certitude que dans le cas où l'on sera sûr du diagnostic. Mais nous savons que « la douleur, l'œdème et la fièvre » ne sont pas toujours des symptômes certains, les deux derniers font défaut dans près de la moitié des cas, et même lorsque tous les accidents sont apparus, ils peuvent disparaître, et il est indifférent d'avoir été édifié par les manifestations antérieures ; et même lorsque l'on a observé les cas depuis le début jusqu'à l'évolution complète de l'affection, et même à tout moment, quand il n'existe aucune trace de lésion mastoïdienne, et que nous avons pu observer toutes les phases de la maladie. Les cas dans lesquels on peut avoir chance de reconnaître dès le début l'empyème de la cavité mastoïdienne sont très instructifs, mais il est encore plus difficile, d'après eux, de se former une opinion sur l'utilité de l'intervention opératoire. Je dois avouer qu'en considérant mes observations d'affections mastoïdiennes, il ne s'agissait pas le plus souvent de malades que je voyais pour la première fois ; au contraire, les cas où au début je n'avais observé que les premiers symptômes d'une affection de la caisse mais qui, en dépit du traitement, se compliquaient d'une maladie de l'apophyse mastoïde, nécessitaient rarement une opération.

A l'appui de mon opinion, je rapporterai un cas récemment traité :

Le 19 novembre 1894, je fus appelé de grand matin auprès de M. Charles D. négociant, âgé de 41 ans. Le malade dit être enrhumé du cerveau depuis quinze jours, mais cette indisposi-

(1) *Handb. der Ohrenheilk.*, II, Bd, p. 791

(2) *Ibid.* page 792.

tion ne l'enlevait nullement dans ses affaires auxquelles il a vaqué ponctuellement pendant tout le temps. La nuit dernière, le malade a pu dormir, mais en se réveillant à plusieurs reprises, il s'est senti indisposé et fréquemment a été troublé par une *sensation gênante d'humidité dans l'oreille droite* sans pouvoir préciser la nature de la douleur.

Au point de vue de l'anamnèse, je ferai encore remarquer que le malade est d'un tempérament nerveux, que ses parents jouissaient d'une bonne santé, mais qu'il a déjà souffert pendant une période antérieure de sa vie, d'affections graves, telles que la dysenterie ; il a eu une fois une hémoptysie, et il est prédisposé au catarrhe de l'estomac et de l'intestin. Ces accidents irritent son système nerveux ; toutefois, lorsqu'il se porte bien, le malade s'occupe avec zèle de ses affaires sans que son état soit influencé par ses occupations.

Quand le malade vint me trouver pour la première fois, je reconnus le début d'une otite moyenne aiguë, la moitié supérieure de la membrane tympanique était légèrement bombée et hypéremiée, tandis que la partie inférieure était affaissée, quoique montrant un triangle lumineux brillant. Le pouvoir auditif était amoindri pour l'épreuve de Weber, le son du diapason est latéralisé à l'oreille malade ; Rinne +. Température 37,1, Pouls 84.

Le malade voulut aller à son bureau, car il ne ressentait aucun trouble subjectif, mais comme je connaissais la famille depuis longtemps et que j'avais eu l'occasion de m'apercevoir d'un état maladif, je défendis la sortie et fit pratiquer sur l'heure des instillations de glycérine phéniquée à 15 %. Je fus de nouveau mandé l'après-midi, car les douleurs de l'oreille s'irradiaient sur toute la moitié droite de la tête, en même temps que le malade ressentait une lassitude généralisée à tous les membres et qu'il se mettait au lit, espérant ainsi supporter mieux son malaise. Un gramme d'antipyrine produisit une amélioration, mais seulement de courte durée, car les douleurs augmentèrent durant toute la soirée et le malade se plaignit surtout d'une pénible sensation de compression du fond de l'oreille, du côté de l'intérieur du crâne. La paracétèse fut suivie d'un soulagement momentané et de l'issue d'une petite quantité de sécrétion purulente dans la journée, tandis que le malade ne put fermer l'œil de la nuit, malgré l'absorption de deux grammes de chloral et l'application fréquemment renouvelée de serviettes sèches chaudes.

Le lendemain (20 novembre) on vit sourdre de l'oreille un écoulement muco-purulent, les douleurs reparurent à de fré-

quents intervalles, et comme un ou deux grammes d'antipyrine ne produisaient qu'un mieux temporaire, je fis poser le soir trois sangsues derrière l'oreille. Malgré la saignée, la nuit suivante se passa également sans sommeil.

Le surlendemain, en raison de l'otorrhée profuse, je fis injecter dans l'oreille une solution boriquée à 4 % que je pratiquai moi-même deux fois par jour, et je prescrivis des cataplasmes froids sur l'oreille droite, et de prendre de l'antipyrine dès l'apparition des douleurs ; ce traitement amena des alternatives de mieux et de pire, jusqu'à ce qu'au bout de six jours, le 26 novembre, le malade put quitter son lit pendant quelques heures, et le 4 décembre, il effectua la première sortie en voiture. Au bout de trois jours, l'otorrhée reparut avec plus de violence, après avoir soigneusement nettoyé l'oreille, on vit clairement comment le pus crémeux, sous l'influence de mouvements pulsatiles, s'était vidé dans le conduit auditif externe en passant par l'ouverture de la membrane tympanique ; toutefois il fut impossible de maintenir le malade à la chambre, et dès le 10 décembre il entreprit un voyage d'affaires à Vienne, d'où il revint quatre jours après, le 13 décembre, dans un état visiblement aggravé. Le conduit auditif était notablement rétréci à la suite de la fente de la paroi postéro-supérieure affaissée, on ne pouvait irriguer l'oreille qu'à l'aide de spéculums de très petit calibre et les granulations situées au fond du conduit auditif obstruaient l'ouverture de la membrane tympanique au point qu'elle était invisible et que même la douche d'air ne provoqua aucun bruit de perforation (le malade ne voulut tolérer à aucun prix l'introduction du cathéter). La région mastoïdienne était contractée et très sensible même à une légère pression. Dans ces conditions, j'émis l'idée de la possibilité de l'existence d'un empyème des cellules mastoïdiennes, qui fut confirmée par un autre spécialiste. Je tentai de faire appliquer de nouveau six sangsues contre l'oreille, mais en même temps je fis entrevoir la nécessité d'une opération. En raison de la suppuration abondante, l'oreille fut d'abord nettoyée avec soin, puis on y instilla de l'alcool sublimé ; mais ces injections furent si pénibles que le malade pleura comme un enfant ; j'essayai, à l'aide de la cocaïne (10 %), d'enrayer ces douleurs, mais rien n'y fit et je dus faire précéder l'instillation d'alcool de l'introduction d'une solution de cocaïne à 10 %, par laquelle j'obtins une anesthésie parfaite pour l'alcool.

Dans la suite, à l'aide de narcotiques, les nuits furent à moitié

bonnes, malgré de fréquentes douleurs; pendant le jour, pour calmer le malade, j'administrai tantôt de l'antipyrine, tantôt de la phénacétine, puis constamment des épithèmes glacés faits d'abord avec de l'eau pure, puis avec de l'eau de Goulard (je dus m'ingénier à varier le traitement, car j'obtenais souvent par la suggestion des améliorations subjectives notables), et le 6 janvier 1895, c'est-à-dire au bout de trois semaines, les symptômes de l'empyème avaient complètement disparu et seule l'otorrhée subsistait, mais beaucoup moins profuse, et à travers l'ouverture normale du conduit auditif externe. Le 23 décembre, lorsque les manifestations de l'empyème subsistaient encore, le malade avait ressenti des douleurs dans l'œil droit, et le Privat docent Szili diagnostiqua une hyperémie péricornéale avec irritation de l'iris, provoquée par l'application continue d'épithèmes glacés; toutefois l'intérieur de l'œil n'était nullement atteint.

Jusqu'au 19 janvier, c'est-à-dire pendant deux mois, la sécrétion diminua graduellement, pour cesser pendant quelques jours à partir de ce moment, elle reparut ultérieurement, mais très faiblement, de sorte que souvent on ne pratiqua des injections que tous les trois ou quatre jours, jusqu'au 8 février, époque à laquelle au bout de douze semaines environ de maladie, l'oreille demeura parfaitement sèche.

Je revis le malade quelques fois; la membrane tympanique et le pouvoir auditif ne présentent rien d'anormal, de sorte que l'on peut, en toute sincérité, croire à une guérison complète. Le malade ne ressent plus qu'un peu de gêne à l'endroit où les sangsues ont été appliquées. Il y ressent fréquemment des tiraillements désagréables, et quand il y porte quelquefois la main, il provoque des inflammations qui durent quelques jours; la couche épidermique et cutanée est très sensible à cette place, et l'emploi d'un léger onguent au précipité a déjà provoqué un violent gonflement.

En considérant mon observation au point de vue de l'épicroise, je pourrais peut-être songer en première ligne à une *erreur de diagnostic*. Ceci serait difficile à admettre; car un des symptômes typiques, la fièvre, faisait défaut, et l'on sait qu'elle est absente dans environ la moitié des cas. La sécrétion profuse, l'écoulement crêmeux, la sensibilité exagérée de l'apophyse mastoïde, qui, à la suite du gonflement des os, était

bien plus bombée que l'apophyse mastoïde gauche saine, l'élévation prononcée de la température de l'apophyse malade et le rétrécissement en forme de fente de l'ouverture du conduit, à la suite de l'affaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit, ainsi que les granulations saignant facilement au toucher situées au fond du conduit parlent tous contre une erreur de diagnostic. Et si je me demande, ce que je fis souvent au cours de la maladie, pourquoi j'ai employé la méthode conservatrice et non le traitement radical, je me dis que j'ai toujours cru que l'affection guérirait même sans opération, malgré que j'eusse affaire à un individu peut-être sain, mais en tout cas suspect. D'un autre côté, j'étais fermement persuadé aussi que par l'opération j'obtiendrais la guérison, mais, comme je l'ai dit plus haut, je ne regardais l'intervention opératoire que comme un dernier refuge bien que des plus certains.

A côté des cas semblables, je pourrais encore en citer quelques-uns dans lesquels, à première vue, j'envisageai l'éventualité d'une opération, et où malgré les tentatives de traitement antiphlogistique je dus recourir au mode opératoire pour obtenir la guérison.

Donc cette observation ne me range pas le moins du monde parmi les adversaires de l'intervention chirurgicale, et je n'ai pas voulu prouver que l'on obtient des résultats merveilleux sans opération, mais j'ai plutôt voulu démontrer combien il est difficile dans certains cas de se limiter la nécessité d'opérer. Je crois, comme Walb le pense pour l'opération des cas chroniques, qu'au point de vue de l'intervention et de la non intervention, dans les cas aigus, qu'il ne faut adopter ni la méthode conservatrice, ni le traitement radical, mais plutôt se ranger à un juste milieu.

IV

DU PANSEMENT DE L'OTITE MOYENNE PURULENTE CHRONIQUE

Par le Dr **COUETOUX** (de Nantes).

La question du pansement dans l'otite moyenne purulente chronique, autrement dit l'otorrhée, est encore à l'ordre du jour malgré les nombreux travaux qui ont paru à ce sujet. Je n'aurais pas pensé à traiter à nouveau ce point important si, dans les derniers temps, des idées neuves, des études non encore entreprises n'avaient été publiées, montrant une voie non explorée et qui paraît féconde en résultats. L'année dernière le Dr Gradenigo (de Turin) faisait paraître un travail très complet sur la cure rationnelle de l'otite moyenne aiguë et recommandait le pansement sec par la gaze iodoformée. En janvier 1895 les Dr Lermoyez et Helme publiaient dans les *Annales des maladies de l'oreille*, une remarquable étude sur les staphylocoques et l'otorrhée ; enfin, en mai dernier, à la réunion annuelle de la Société française d'otologie, etc., le Dr Hamon du Fougeray (du Mans) faisait une des plus intéressantes communications sur le traitement de l'otorrhée par le pansement sec à la gaze iodoformée et le n° de juin des *Annales des maladies de l'oreille* contient un premier travail sur ce même sujet. Ces trois études se complètent ; car nous devons faire remarquer que les expériences du Dr Gradenigo n'ont eu comme objet que l'otite moyenne aiguë, et que, contrairement à ce qui est dit dans sa lettre ouverte, le Dr Fougeray n'a traité que la question des otites moyennes purulentes chroniques. Nous nous croyons obligé de rendre ici justice à qui de droit.

En présence de ces faits j'ai cru devoir publier mes propres

expériences sur l'emploi d'une méthode que j'appellerai *mixte* et qui emprunte dans son application les principes et les procédés des auteurs ci-dessus (Gradenigo, Lermoyez et Helme, Hamon du Fougeray) joints au pansement à l'alcool déjà signalé, mais incomplètement étudié.

C'est à ces études personnelles que nous voulons consacrer les quelques lignes qui suivent.

Ayant à traiter un jeune garçon de dix ans atteint depuis longtemps d'une suppuration de la caisse ouverte à sa partie supérieure par un orifice tympanique étroit dans lequel s'engageait un petit polype plusieurs fois déjà extrait par un de nos confrères, nous constatâmes un gonflement permanent du conduit externe. A peine voyait-on la partie inférieure du polype qui pourtant avait dû être visible puisqu'il avait été opéré. Nous employâmes d'abord l'acide borique sec en poudre. Ce pansement nous avait toujours paru supérieur à tous autres. A ce propos il est bon de remarquer que les auteurs de traités et manuels d'otologie indiquent avec raison une grande variété de pansements de l'otorrhée ; mais la pratique des cliniques nous montre que chacun se limite à peu près à un seul pansement, ou du moins emploie d'abord presque toujours le même procédé qu'il ne quitte qu'après insuccès. Le nôtre était l'acide borique : cette poudre a l'avantage de pouvoir être facilement enlevée parce qu'elle ne forme pas un magma bien dur avec le pus, mais elle se masse parfois suffisamment au fond du conduit pour irriter la suppuration dont elle entrave l'écoulement et pour causer des douleurs. Aucune amélioration.

Nous essayâmes alors l'alcool à 90°. C'est Lœwenberg qui a répandu ce pansement par l'alcool boriqué à 90°, dans la furonculose du conduit auditif externe. Ce degré nous avait paru si élevé que nous employions le liquide avec une certaine crainte dans un cas d'ouverture de la caisse. D'ailleurs, le conseil de Lœwenberg d'user du degré le plus élevé qui soit supportable n'était pas assez explicite pour rassurer nos préventions.

L'observation démontre que l'alcool à 90° employé chaud est très bien toléré par le malade. S'il y a quelques douleurs

audébut, il suffit pour qu'elles ne se renouvellent pas, de faire chauffer l'oreille du malade à une bonne lampe à pétrole avant le pansement (aussi pour le pansement à l'alcool un foyer de chaleur nous paraît nécessaire et suffisant, l'emploi de loupes pour concentrer les rayons au fond du conduit étant au moins inutile), d'appliquer sur l'oreille la main chaude, ou une flanelle chaude, pendant que l'alcool le remplit, de chauffer l'oreille après le pansement, de verser l'alcool bien chaud. En un mot, l'alcool concentré est le liquide, la chaleur le moyen de l'appliquer. Il faut insister d'autant plus sur la chaleur que les auteurs ont négligé de le faire ; aussi leurs appréciations sont-elles variables et contradictoires. Dans notre cas que nous continuons de décrire, parce que les choses se présentent presque toujours de même (nous n'avons pas encore rencontré d'exception bien nette), le conduit fut bientôt plus accessible ; l'enfant était pansé matin et soir par sa mère et l'oreille se dégageait. Bientôt on vit la moitié du polype ; puis le retrait des parois s'arrêta.

Nous nous entendîmes alors avec un pharmacien sur lequel nous pouvions nous reposer en toute confiance, M. Barthélemy de Nantes, que nous tenons à remercier, et nous essayâmes timidement l'emploi de l'alcool à 91°. Il fut bien supporté. Le conduit semblait s'élargir un peu. Nous passâmes vite à 92° puis 93° puis 94°.

Très nettement le conduit s'élargissait sous l'influence du liquide concentré ; mais à 94° commencèrent à se produire deux phénomènes dus à l'énergie du traitement : d'abord un peu d'irritation eczémateuse du conduit ; puis une sensation d'engourdissement, de gonflement qui faisait que l'enfant, après le pansement fait chez lui, ne pouvait faire pénétrer aussi facilement le tampon de ouate obturateur. Car, après tous ces pansements à l'alcool, on séchait à la lampe, puis on mettait un peu de poudre d'acide borique, et de ouate par-dessus.

On remarquera que ce n'est pas la caisse qui est devenue intolérante sous l'influence du liquide à 94°. C'est le conduit. Le polype n'a pas été diminué par l'alcool : nous l'avons un peu entamé au serre-nœud quand il a été rendu plus visible,

nous avons cautérisé le reste à la perle de nitrate argentique ; mais il n'a pas été entamé le moins du monde par l'alcool, comme le font espérer Politzer et Morpurgo. Cette résistance à l'alcool concentré des polypes de la caisse fut constante dans nos tentatives répétées. Nous ne pouvons rien conclure en ce qui concerne les polypes du conduit sur lequel agit bien plus activement le liquide caustique qu'il ne le fait sur la caisse. Nous n'avons pas de notion expérimentale sur ce point.

Bientôt le malade ayant repris l'alcool à 90° se trouva guéri de sa petite sensibilité et l'on employa l'alcool à 95°, puis à 96°, puis à 97° et 97°50. A 97°50 nous avons toujours constaté l'intolérance précédemment décrite lors de l'emploi de l'alcool à 95°. Mais cette intolérance est durable et nous n'avons pas voulu aller plus loin comme concentration.

Cet effet du traitement éthylique est si régulier que par la réaction du conduit externe à son contact on pourrait juger sans se tromper de beaucoup du degré de l'alcool employé. La constance de l'effet produit s'unit ici à l'efficacité pour mériter une étude que nous avons renouvelée maintes fois mais dont les résultats peuvent être exposés par une seule observation, en raison même de cette constance.

A 93° le conduit est nettement impressionné et les parois gonflées se rétractent. A 97° ou 97°30 toutes les oreilles deviennent douloureuses en peu de jours ; mais ce n'est pas le polype qui est modifié, ce n'est pas la muqueuse de la paroi labyrinthique qui proteste, c'est le conduit.

Ainsi le pansement à l'alcool est un pansement ayant une action bien déterminée, bien nette sur le conduit, favorisant l'évacuation du pus enfermé dans une caisse privée de communication avec l'extérieur. Il peut agir ainsi favorablement sur les complications des polypes en ce sens que la caisse se vide mieux, mais il n'est pas un traitement du polype, ou du moins du polype de la caisse. Je n'ai pas eu à soigner par ce procédé des tympans granuleux ; je crois qu'il serait dans ce cas très indiqué. Peut-être faudrait-il l'appuyer de quelques cautérisations à la perle de nitrate d'argent.

Sans doute le liquide est utile, et par la chaleur humide

et par son action antiseptique ; car par ce procédé j'ai très bien réussi dans un cas où une otite catarrhale provoquait de temps en temps des douleurs sans qu'il y eut perforation tympanique, chez un garçon de café forcé de s'exposer souvent au froid. Ici l'alcool me semblait remplacer avec avantage le pansement phéniqué qu'on a employé dans ces cas avec succès, mais qui provoquerait, je crois, plus facilement un eczéma du conduit, et en tout cas ne possède pas l'avantage d'une évaporation facile par la chaleur, d'où avec l'alcool la sécheresse du conduit au lieu d'une humidité gênante et pleine d'inconvénients si on n'assèche pas avec la ouate, nécessitant des manœuvres compliquées si on veut assécher antiseptiquement. Il semble donc indiqué de recourir à l'alcool quand on craint une perforation de la caisse, à la suite du catarrhe de la trompe d'Eustache.

J'ai employé ce traitement chez des enfants, chez des vieillards ; j'ai toujours eu les résultats sus décrits. A cause de la douleur légère qu'il provoque au début, si l'on n'intervient pas de suite par la chaleur, il ne me paraît pas pratique chez le tout petit qui se plie mal aux précautions nécessaires pour prévenir cet inconvénient.

Voici la technique que nous avons adoptée. Nous chauffons dans une cupule l'alcool à 95° au-dessus de la lampe. S'il prend feu on souffle dessus en se tenant perpendiculairement à sa surface afin qu'il ne soit pas projeté. Il est inutile d'y mettre de l'acide borique. On trempe le doigt dans la cupule et quand le liquide est bien chaud, mais supportable, on le fait couler par goutte le long du doigt en versant d'abord dans la conque par excès de précaution. Il faut verser d'autant plus chaud que l'alcool est plus concentré et se refroidit plus vite. L'important est de bien noter ceci : l'alcool à 95° chaud agit puissamment sur le conduit, il est tolérable. Il ne l'est plus à 97° et 97°,50 que d'une façon relative et passagère. On se procure facilement ce liquide à 60°, 82°, 90°, 95°. — C'est donc à 95° qu'il faut user de l'alcool pour le traitement du conduit auditif, de l'otorrhée. C'est particulièrement quand il y a gonflement du conduit qu'il se montre supérieur.

Ce dernier point est de la plus haute importance.

Nous nous rappelons nos déconvenues trop fréquentes quand nous nous trouvions jadis en présence de malades atteints d'écoulement aigu avec gonflement énorme du conduit. Nous essayions bien de faire passer un peu d'acide borique ; mais le traitement était tout fictif et l'évolution, de fait, suivait son cours.

L'alcool est dans ces cas bien supérieur à la poudre ; mais il ne pourra toujours être introduit en assez grande quantité pour agir sur des parois qui lui ferment un accès dans le conduit tout encombré de débris épidermiques. On conçoit que ce soit dans ces cas que Gradenigo soit d'abord intervenu par la tarlatane iodoformée. L'indication est admirablement bien comprise suivant nous.

Nous fûmes nous-mêmes amené à comprendre la nécessité de combiner notre traitement alcoolique et celui de notre ami Hamon du Fougeray.

Si l'on veut réunir les avantages des deux traitements il faut, surtout dans les cas aigus, et toujours si l'on peut, se passer de toute injection dans le conduit. Deux procédés peuvent être alors employés. Dans l'un on ajoute à l'alcool à 95° de l'acide borique, on met le feu, au moment où la carbonisation commence on éteint. Pour agir avec facilité et sans infecter la bande, il suffit de prendre avec la pince stérilisée l'extrémité auriculaire de la bande de tarlatane, d'imbiber d'alcool boriqué, de faire flamber, d'introduire dans l'oreille la bande qui commençait à carboniser et se trouve être presque sèche et à une très faible température. A ce pansement s'attachent les noms de Du Fougeray et de Lermoyez puisque l'on utilise le drainage par la tarlatane et l'antisepticité des tampons boriqués alcoolisés passés à la flamme ; mais l'alcool n'intervient que pour obtenir une facile antisepticité, puisqu'il est tout comburé. Cette façon d'agir convient tout à fait chez les petits enfants.

Une autre façon d'agir peut être utilisée en vue de combiner la méthode d'Hamon Du Fougeray et la mienne. Elle consiste à imbiber la bande de tarlatane d'alcool boriqué ou non. On met le feu, et l'on introduit la bande après l'avoir

éteinte avant qu'elle soit sèche. Peut-être l'antisepticité est-elle ici moins bien réalisée ; de plus, la bande au lieu d'être chaude est un peu froide, mais son action est puissante sur les parois, d'autant plus puissante qu'on a moins prolongé la combustion qui doit en atténuer le degré. Pour diminuer l'inconvénient du froid qui provoque de la douleur, il suffit de chauffer fortement le conduit à la lampe ou bien avec une flanelle chauffée avant de boucher à la ouate. On supprimerait encore le froid en introduisant la bande alcoolisée bori-quée et légèrement carbonisée et versant ensuite l'alcool à 93° chauffé ; mais il serait bon de chauffer à la lampe le conduit auditif avant de boucher à la ouate afin de supprimer rapidement une humidité toujours désagréable au malade. Ainsi sera obtenu le maximum d'effet des deux pansements.

Partant de ces procédés que nous venons d'exposer et qui nous satisfont entièrement, nous pouvons donner aux médecins de la campagne privés de tout appareil spécial un traitement moins parfait sans doute, mais infiniment supérieur à tous ceux employés jusqu'ici, si tant est que l'on puisse appeler pansement des moyens indiqués à tout hasard et dont le principe peu scientifique se nomme indifférence. Que l'on prenne une bande étroite du linge le plus fin que l'on puisse trouver, qu'on l'imbibe d'eau-de-vie et qu'on l'enflamme. S'il brûle mal on le tient près du foyer de chaleur ; il peut être enroulé sur une aiguille à tricoter passée à la flamme. On l'introduira alors dans l'oreille sans toucher à la main l'extrémité auriculaire de la bande. On pourra constater que la bande dans ce cas n'est pas froide comme la tarlatane imbibée d'alcool à 90° ou 93°, elle ne se carbonise pas facilement, elle reste chaude et humide. Ce simple pansement sera donc supporté même par les enfants. Ainsi les matériaux, la bande de toile et l'eau-de-vie, se trouvent assortis par une heureuse et singulière coïncidence puisqu'ils suffisent pour faire un bon drainage, et remplacer suffisamment la tarlatane et l'alcool concentré. Après le pansement on évitera l'humidité trop grande en chauffant encore le conduit : de la sorte l'humidité alcoolique sera de peu de durée, sans inconvé-

nient, et donnera quelque résultat sur le gonflement du conduit.

Nous serons heureux si nous avons fait partager les convictions par nous acquises: l'utilité de remplacer l'alcool à 90° par l'alcool à 95° dans le traitement de l'otorrhée la nécessité de la chaleur avant, pendant et après ce pansement, la convenance de l'adaptation du pansement à la tarlatane à l'otorrhée (Hamon Du Fougeray) aussi bien qu'à l'otite aiguë (Gradenigo), l'application au pansement à la tarlatane des données de Lermoyez et Helme sur la désinfection des tampons de ouate alcoolico-boriquées, et enfin l'application à ce même pansement des ressources précieuses de l'alcool concentré, l'utilité de supprimer presque toujours les poudres et les lavages répétés souvent si pénibles aux malades.

Nous espérons que nos confrères de la campagne trouveront dans le pansement alcoolique, si facile à modifier avec les circonstances, un drainage efficace, un moyen qui leur manque totalement de favoriser le retrait des inflammations du conduit auditif dans la période de début si douloureuse des otites aiguës. Ce traitement leur paraîtra simple, rationnel¹, praticable à toutes les périodes de l'affection et ils constateront son efficacité réelle. D'abord il sera renouvelé par les parents au moyen d'une pince à fleurs ou d'une aiguille à tricoter cassée par le milieu; plus tard le pansement bien fait par le médecin usant de tarlatane flambée deviendra un pansement rare.

Avant de terminer je veux encore faire deux réflexions. Il ne faut pas ergoter sur le degré vrai de l'alcool employé suivant la méthode vantée dans ce travail. Il est évident que l'alcool à 95° n'est plus à ce titre après avoir été chauffé. Il s'agit ici non de degré vrai, mais de résultats obtenus par la technique décrite et avec le liquide indiqué.

Enfin, il faut excuser les détails un peu longs dans lesquels nous sommes entrés. Ils se justifient par leur utilité pratique et aussi par un autre motif. Notre désir est que les idées que nous exposons n'appartiennent bientôt plus à personne et soient dans le domaine public. Mais pour le moment il n'en est pas ainsi et ce n'est pas sans appuyer sur les faits et les circonstances que nous avons combattu les idées des maîtres.

Dans le dernier ouvrage d'otologie paru tout récemment en France, ouvrage que nous admirons et qui fait le plus grand honneur à son auteur, M. Garnault s'exprime ainsi : « L'alcool est absolument contre indiqué dans les cas de carie constatée et lorsque son application donne lieu à une douleur très marquée et à des phénomènes de rétention de pus. De toutes les solutions introduites dans le conduit, les solutions alcooliques seules n'ont pas besoin d'être chauffées au préalable. »

Nous ne sommes pas toujours en désaccord avec M. Garnault : sans doute l'alcool est contre indiqué dans le cholestéatome, et ses formes atténuées où il ne doit être employé qu'à titre de dissolvant ; il réalise même justement les indications opposées à celles qu'il faut ici remplir, mais pourquoi ne pas l'employer quand il y a carie constatée ? Dans l'observation unique que j'ai citée il s'agissait d'une carie du marteau qu'il m'a fallu opérer un jour, un an et demi après le début des pansements alcooliques. Mais combien ceux-ci facilitèrent une opération qui exigeait un conduit accessible ou le décollement de toute la peau du conduit. C'est au contraire dans ces caries provoquant des gonflements chroniques du conduit que l'alcool rendra les plus minents services. D'ailleurs, M. Garnault oublie de nous dire pourquoi l'alcool qui, dans les autres caries osseuses, est un remède indiqué ne le serait pas dans celles de l'oreille. — Quant à l'alcool froid, Garnault et Politzer ne nous disent pas jusqu'à quel degré il doit être employé ; mais s'il ne doit pas être douloureux pour être employé nous conseillons de ne l'employer que dans des appartements bien chauffés et bien rarement et à faible degré. Il faut reconnaître toutefois que s'il est supporté au moment où il est versé, la douleur dure généralement peu : raison de plus pour calmer la douleur de l'application d'un pansement si efficace, puisqu'on est certaine qu'il sera admirablement supporté quelques minutes après son application et que cette application est le seul point un peu délicat du pansement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE ⁽¹⁾

Séance du 2 mai 1895.

Président : Prof. STÖRK.

Secrétaire : Dr HAJEK.

Traitement des sinusites.

WEIL présente une femme de 55 ans, originaire de la Basse-Autriche, souffrant depuis 7 ans et demi d'un refroidissement avec frissons répétés, violentes douleurs frontales et occipitales, obstruction nasale et tuméfaction partant de la racine du nez et comprenant le front et les tempes. Au bout de 14 jours, les maux de tête cessèrent et il survint une suppuration nasale fétide, qui dura 6 ans ; puis l'obstruction nasale reparut, et l'été dernier il fallut extraire de nombreux polypes muqueux des deux narines. Lors du premier examen, le 4 décembre 1894, le Dr Weil trouva une forte suppuration, des productions polypoïdes étendues et dans les deux méats moyens ainsi que dans la fente olfactive gauche sur une grande surface des os dénudés ; il diagnostiqua une suppuration ethmoïdale avec nécrose, enleva en plusieurs séances la plus grande partie des deux cornets moyens et ouvrit les cellules ethmoïdales qui étaient toutes remplies de pus. La sécrétion diminua rapidement, tout en demeurant encore profuse, et il se produisit une otite moyenne suppurée droite accompagnée de perforation de la membrane tympanique, qui guérit totalement presque sans traitement médical, par des pulvérisations d'acide borique ;

(1) D'après le compte rendu de la *Wiener klin. Woch.*, 8 août 1895.

petit à petit on vit apparaître une *suppuration uni latérale de tous les sinus* qui fut soignée par des injections d'une solution de nitrate d'argent de 6 à 12 % et qui, si elle n'est pas complètement guérie, est du moins très améliorée. A présent toutes les cellules ethmoïdales sont libres, séparées par des cloisons, de même que les ouvertures des cavités sphénoïdales, et on peut facilement sonder et irriguer les sinus frontaux et maxillaires. Le Dr Weil dit que s'il avait agi d'après les indications fournies l'an passé par Hajek et d'autres auteurs, c'est-à dire traité d'abord les sinus maxillaires, puis les sinus frontaux et en en dernier lieu les cellules ethmoïdales, la cure aurait été beaucoup plus longue et pénible tandis qu'après l'ablation des cornets moyens il a eu ses coudées franches pour opérer.

STRÖM fait observer qu'il ne faut pas pousser trop loin le traitement opératoire des suppurations des sinus, et que l'on ne doit opérer que lorsque cela semble indispensable, pour atténuer de vives souffrances, car les résultats obtenus jusqu'ici sont peu brillants. Il ne suffit pas de reconnaître avec la sonde la présence d'os mis à nus pour retirer aussitôt un fragment osseux important du nez, car on est exposé à de fréquentes erreurs à la cause de la minceur extraordinaire de la muqueuse.

WEIL répond qu'au contraire il limite au strict nécessaire l'intervention opératoire ; il met entre les séances des intervalles de 8 à 14 jours, tandis que d'après les succès qu'il a obtenus dans des cas précédents, il guérit toutes les autres sinusites sans aucune opération, afin de montrer le bénéfice que l'on retire de simples pulvérisations par des ouvertures naturelles. Le Dr Weil croit que la majorité des suppurations des sinus guérit spontanément lorsque l'on assure une issue régulière du pus par les ouvertures naturelles ou artificielles, et il se prononce contre l'opinion généralement émise dans ces derniers temps à propos de l'opération radicale dans les suppurations des sinus et il pense qu'on ne doit pas tout d'abord pratiquer des grattages au moyen de la curette, et exposer ainsi le malade à des dangers avant d'avoir échoué auparavant par tous les traitements doux. Les effets du traitement radical ne sont nullement merveilleux et W. se réserve de faire connaître prochainement son opinion dans une étude comparée de tous les modes de traitement usités jusqu'ici et de leurs résultats.

CHIARI. — Puisque la discussion s'étend à tous les sinus du nez, je vais rapporter brièvement mes connaissances à ce sujet.

Sinus maxillaire.

Dans environ 100 cas, l'antre d'Highmore était rempli de muco-pus. Du mois d'août 1893 au mois de mai 1895, j'ai soigné dans mon service de la Polyclinique à peu près 40 cas d'empyème, mais le temps m'a manqué pour recueillir les observations ; toutefois dans tous ces cas la collection purulente de la cavité a été reconnue par la perforation et des lavages explorateurs.

Je puis au contraire parler plus en détail de 58 cas d'empyème.

Neuf fois il existait dans le processus alvéolaire une fissure aboutissant à la cavité. Sinon le diagnostic était établi par l'examen rhinoscopique dont je ne parlerai pas maintenant. Ce moyen donne des résultats tellement certains, que je n'ai eu recours que 14 fois à la ponction exploratrice par le méat inférieur suivie d'une injection pour m'assurer du diagnostic.

Le lavage du sinus maxillaire m'a rarement réussi, et ce n'est que dans trois cas que j'ai obtenu par cette méthode l'évacuation d'une importante masse purulente, de sorte que je la considère comme peu satisfaisante. De plus, il faut pour l'employer être très habitué à la spécialité.

Dans un cas j'ai échoué par le lavage du méat inférieur par une ouverture de grande dimension, qui est très difficile à pratiquer, et impossible pour le malade lui-même.

J'ai pratiqué 18 fois la perforation par l'alvéole de la seconde pré-molaire, 15 fois par l'alvéole de la première molaire, 5 fois par la première pré-molaire et 4 fois par la seconde molaire. J'ai pénétré 3 fois seulement dans l'antre d'Highmore par la fosse canine.

12 malades sur un total de 58 n'ont été observés que peu de jours, puis je n'ai plus entendu parler d'eux. 27 ont guéri complètement en un laps de temps variant pour 16 malades de 1 à 2 semaines à un maximum de 4 mois. Les autres ont dû attendre plusieurs mois et même plus de 2 années pour atteindre le même résultat. Quant aux autres ils ont été plus ou moins améliorés.

Dans les premiers cas le traitement ne consista qu'en injections que le malade put commencer très rapidement ; afin d'éviter l'obstruction artificielle de la fistule alvéolaire, je la rétrécissais de manière à empêcher l'introduction des aliments de la bouche dans l'antre.

Plus tard je pratiquai une fistule permanente de 3 à 4 millimètres de diamètre allant de l'alvéole dans l'antre, je fis des lavages et j'introduisis des deux côtés des bandes de gaze iodo-

formée, longues de 70 centimètres sur 2 centimètres de large qui entravaient la décomposition et demeuraient 8 à 15 jours dans la cavité. Par là on enrayait la fétidité et la sécrétion diminuait sensiblement. En dernier lieu on obstruait la fistule au moyen de gaze iodoformée et lorsque la suppuration cessait (ce qui se constate aisément par la ponction exploratrice) on tient la fistule fermée pendant quelque temps à l'aide d'une mince canule de caoutchouc durci appliquée contre la gencive. En raccourcissant et amincissant la canule j'obtins finalement l'occlusion de la fistule dans sa partie supérieure.

Cette méthode m'a donné les résultats les meilleurs et les plus rapides. Si la guérison tardait trop, j'introduisais la curette dans l'antre par la fistule alvéolaire pour enlever les bourrelets de la muqueuse, puis je tamponnai de nouveau. Je n'ai jamais pratiqué le grattage complet de la muqueuse sur toute son étendue n'ayant jamais rencontré de malades qui y consentissent. Les trois cas dans lesquels je perforai l'antre d'Highmore par de larges ouvertures de la fosse canine ont été curés avec mesure et j'ai obtenu deux fois la guérison complète par des tampons de gaze iodoformée. Dans un cas il n'y eut qu'une amélioration. Toutefois l'opération par la fosse canine était toujours suivie d'une forte tuméfaction de la joue. Les lavages de la fistule par la fosse canine et les tamponnements ont toujours été bien plus douloureux que par la fistule alvéolaire. De plus, cette dernière ayant 3 à 4 millimètres de diamètre forme une cavité suffisante pour introduire dans l'antre une petite curette et retirer les bourrelets muqueux attachés à ses parois ; c'est pour cette raison que je m'en tiens presque toujours à l'ouverture alvéolaire.

A propos des résultats, je dirai seulement que l'on ne regardait comme guéris que les malades ne présentant plus aucun écoulement nasal après la cessation des lavages. Même ceux qui n'étaient qu'améliorés se félicitaient du traitement car les irrigations pratiquées de temps à autre les délivraient des douleurs et de la fétidité.

Sinus frontaux.

Ces sinus sont fréquemment affectés au cours de catarrhes aigus du nez, bien qu'ils contiennent une collection muco-purulente. La plupart guérissent lorsque le catarrhe disparaît, car leur conduit excréteur est situé en arrière. A la séance de

la Société de Médecine, le 3 novembre 1891, j'ai déjà attiré l'attention sur ce fait, et rapporté l'observation de nombreuses suppurations prolongées des sinus frontaux ou de catarrhes accompagnés de violentes douleurs.

Le traitement consistait en irrigations au moyen d'une mince canule, introduite dans le conduit excréteur des sinus frontaux avec ou sans enlever l'extrémité antérieure du cornet moyen.

J'ai guéri par une seule injection deux cas de catarrhe aigu des sinus frontaux accompagné de fortes céphalalgies frontales et un cas de rétention muqueuse chronique. Je dois ajouter que dans beaucoup de cas, bien que la céphalée prolongée eût été enrayée par de fréquents lavages, le pus ne tarissait pas.

Deux cas de catarrhe suppuré chronique des sinus frontaux avec douleurs frontales ont également guéri par des injections répétées.

Sinus ethmoïdaux.

Dans la communication citée plus haut j'ai décrit deux cas de bulles osseuses du cornet moyen qui renfermaient des masses de pus, des polypes et des granulations. Je les ouvris, les grattai, puis tamponnai la cavité. Mais comme la guérison ne survenait pas, j'enlevai les parois minces de la cavité au moyen du ciseau, de la pince et du serre-nœud et j'obtins ainsi la guérison. Dans 3 cas les cellules ethmoïdales antérieures contenaient du pus, on dut les ouvrir largement et les curetter deux fois.

Affections combinées des sinus.

Cinq fois, l'on observa consécutivement la suppuration des sinus maxillaire et frontal, la première fut traitée par le tamponnement et la seconde par des lavages; dans un seul cas j'obtins la guérison. Quant aux autres, on ne peut pas toujours ouvrir toutes les cavités, mais les injections calmèrent les souffrances et la fétidité de la sécrétion.

Dans quatre cas, l'empyème chronique de l'antre d'Highmore était associé à la suppuration d'une ou de plusieurs cellules ethmoïdales, et une fois à la nécrose.

Le sinus frontal et une cellule ethmoïdale étaient affectés dans un cas.

Le traitement des affections ethmoïdales consista soit à enlever les os nécrosés, soit à ouvrir les cellules remplies de pus avec ou sans grattage, et éventuellement à enlever de petites lamelles osseuses et des excroissances muqueuses hypertrophiées, sans jamais produire de forte réaction. La suppuration cessait alors et les lavages la tarissaient complètement ou du moins l'amélioraient notablement. Aussi me rangerai-je à l'opinion de Grünwald qui dit qu'il existe des suppurations ethmoïdales et des nécroses qui ne sont ni syphilitiques ni tuberculeuses, car mes malades étaient indemnes de ces affections. Mais, comme en 1894, je m'élèverai contre l'idée suivant laquelle les polypes récidivants du nez et l'ozène sont habituellement provoqués par des suppurations ethmoïdales, la carie et la nécrose, car, sur 61 cas de polypes et 128 cas d'ozène, je n'ai jamais vu ces maladies, malgré des sondages soigneux.

Sinus sphénoïdaux.

J'ai pu les sonder trois fois, mais ils étaient vides. Naturellement, je n'ai pratiqué le sondage que dans les cas où une collection purulente de la fente olfactive ou de la cavité naso-pharyngienne pouvait faire songer à une affection de ces sinus.

GROSSMANN. — Je vais citer ici un cas comme caractéristique de la valeur et des chances de curabilité des méthodes actuellement employées dans les diverses affections des sinus du nez. Un homme de 50 ans, fortement constitué, vint me trouver pour une tumeur très fluctuante du volume d'une cerise, située sur le frein de la lèvre supérieure. Après l'incision, on aperçut un kyste dermoïde gros comme une noisette qui s'était développé dans la région du foramen incisif entre les lames bulleuses du maxillaire supérieur. La cavité fut râclée, puis bourrée de gaze iodoformée. Comme au bout de plusieurs mois la cavité ne se refermait pas, il fallut la cautériser et la drainer après cocaïnisation préalable. Malgré des injections pratiquées régulièrement et soigneusement avec des solutions phéniquées et sublimées, des badigeonnages de teinture d'iode et d'ichthyol, l'application fréquente du Paquelin, depuis trois ans le malade n'a pas guéri.

Toutefois, je crois bien qu'un kyste dermoïde même siégeant dans l'os, *ceteris paribus*, offre plus de chances de cura-

bilité qu'un empyème de l'antre d'Highmore ; or, dans le cas particulier, l'accès était facile, car en éclairant les cavités osseuses on pouvait exactement voir et contrôler, et même les préserver relativement aisément contre l'introduction de salive et d'autres impuretés, tout en ne réussissant pas à obtenir une occlusion satisfaisante ; aussi, ne devons-nous pas nous étonner que les affections des sinus soient si rebelles à tous les modes de traitement employés jusqu'à présent.

Pour obtenir la guérison, il faudrait, soit que le revêtement interne de la cavité reprit son aspect normal, soit que celle-ci se vidât. Mais nous ne sommes pas en mesure de nous prononcer avec certitude pour l'une ou l'autre cause, il nous faudra donc revenir aux anciennes méthodes d'ouverture opératoire et de résection d'une paroi de la cavité de l'abcès.

HÁJEK. — Bien que je ne veuille pas discuter d'une façon générale sur les sinus pris séparément, je vais comparer brièvement mon point de vue aux opinions qui viennent d'être émises. On ne devra pas s'élever systématiquement contre quelques méthodes opératoires extrêmes, mais il faut aussi prendre garde à l'autre moyen extrême qui a l'air de prendre pied dans notre Société, c'est-à-dire que la prohibition de l'ouverture des sinus ne saurait être assez combattue. Quelques observations dans lesquelles, malgré l'ouverture de la cavité, la sécrétion ne cessa pas complètement, ou que la cavité se remplit de granulations, ne suffisent nullement à affaiblir le principe de l'intervention opératoire. Pour effectuer cette dernière, on se basera sur ce que pour un foyer purulent, lorsque l'écoulement aura lieu dans de mauvaises conditions, il faut ouvrir une voie artificielle au pus. La question de savoir si la sécrétion sera sûrement enrayée n'a qu'une importance secondaire par rapport aux indications principales ci-dessus énoncées. Si de plusieurs côtés on fait remarquer que l'ouverture de l'apophyse alvéolaire de meure béant lorsque la guérison ne vient point, ce n'est pas un grand malheur, car il vaut mieux pratiquer dans le maxillaire un trou qui facilite l'issue du pus, que de laisser le pus stagnant dans le sinus maxillaire, parce qu'alors il se décompose et produit des accidents de toute nature. On peut, par un simple appareil, obstruer l'ouverture de l'apophyse alvéolaire et le malade peut ainsi, chaque jour, pendant quelques minutes, laver le sinus maxillaire. Je ne pense pas que l'ouverture naturelle du sinus maxillaire suffise toujours à l'introduction de la canule et au nettoyage de la cavité, et même dans les cas où le trou de

l'hiatus permet le passage, il y a des parties grumeleuses de la sécrétion qui ne sortent pas du sinus maxillaire, de sorte que c'est seulement grâce à une ouverture artificielle que l'on pourra nettoyer parfaitement la cavité. L'ouverture du sinus maxillaire par l'apophyse alvéolaire est, sans nul doute, la meilleure et la moins désagréable. Ce n'est que dans les cas où la partie inférieure du sinus maxillaire est rétrécie, ce dont on s'assure par la forte concavité de la paroi externe du méat nasal inférieur, qu'il faut éviter de perforer l'apophyse alvéolaire, car le trépan pénétrerait presque infailliblement dans la cavité nasale ou dans la fosse canine, mais non dans le sinus maxillaire. Un autre point à résoudre, est de savoir si le traitement radical, tel que le pratiquent ordinairement les chirurgiens, à travers la fosse canine, est indiqué ou non. L'opération est plus importante, mais le succès est incertain. Si le trou de l'apophyse alvéolaire ne conduit pas au but, il ne faut quand même pas opérer par la fosse canine, car, d'après les cas publiés, les résultats ne sont pas encourageants.

En ce qui concerne la thérapeutique endo-nasale employée pour les catarrhes suppurés chroniques des sinus frontaux, on ne devra pas perdre de vue que deux points principaux sont en balance : 1° La rétention relative de la sécrétion dans le sinus frontal provoqué par des hypertrophies ou des polypes du méat moyen ; 2° l'augmentation de la sécrétion nasale. Il ne faudrait jamais oublier que la sténose du méat moyen est d'ordinaire la cause principale, tant de la persistance de la suppuration que des maux de tête intermittents. Le malade se trouve beaucoup mieux après la disparition de ces troubles. On observe fréquemment la guérison spontanée du catarrhe suppuré des sinus frontaux à la suite de la cessation des causes de sténoses, ou du moins les souffrances se réduisent à un minimum. Je n'ai jamais pratiqué, dans les cas de suppuration chronique des sinus frontaux que j'ai observés, la trépanation externe du sinus frontal. Du reste, la trépanation n'est nullement indiquée dans les cas de ce genre, car l'augmentation de la sécrétion muco purulente du sinus frontal qui peut être infime et se tarir rapidement sans occasionner de douleurs, ne justifie pas une perforation du sinus frontal.

On n'a pas aujourd'hui une idée aussi nette que, pour les sinus maxillaires et frontaux, de la limite opératoire en ce qui concerne le labyrinthe ethmoïdal et les sinus sphénoïdaux ; et ceci parce que, pour ces dernières régions, nous ne connaissons

pas toutes les difficultés de diagnostic et que nous ne sommes pas suffisamment édifiés sur les résultats de l'intervention chirurgicale. Toutefois, il ne faudrait pas conclure au rejet de l'opération. Les méthodes reconnues les meilleures donnent parfois de mauvais résultats. Il faut d'abord étudier la question. Avec le temps, lorsque nous aurons le moyen de faire des diagnostics plus précis et que nous opérerons avec des instruments plus perfectionnés, les résultats seront certainement très supérieurs à ceux que l'on a obtenus jusqu'ici. Pour diagnostiquer une affection du labyrinthe ethmoïdal, il est de première nécessité d'enlever les parties du cornet moyen faisant obstacle à l'examen. On peut alors distinguer très clairement les parties de la paroi interne de l'apophyse ethmoïdale qui laissent sourdre du pus. Il n'est pas nécessaire d'introduire de grandes pinces et des curettes pour détruire la portion la plus importante des os ethmoïaux ; il suffit d'agrandir, au moyen d'instruments fins recourbés en forme de crochet, l'ouverture de l'écoulement afin de faciliter l'issue de la sécrétion. Je ne parlerai pas de la carie, car il n'existe pas encore d'autre moyen pour la reconnaître que le toucher avec la sonde et que j'ai d'anciennes préventions contre ce diagnostic. On sait qu'une intervention opératoire modérée dans le labyrinthe ethmoïdal ne provoque aucun accident, et qu'au contraire on doit regarder comme un beau succès qu'elle fasse cesser souvent la suppuration et la céphalalgie.

Il faudra user de même pour les sinus sphénoïdaux. Personne ne devrait ouvrir largement le sinus sphénoïdal dans les cas de sécrétion muco-purulente infime, ni gratter ou cautériser la muqueuse de la cavité, car ce sont là de trop grandes opérations qui ne sont nullement motivées par le peu de souffrance que provoque un catarrhe du sinus sphénoïdal. Mais une intervention étendue peut rendre de grands services lorsqu'elle est pratiquée à propos et avec précaution, ainsi que j'ai pu m'en assurer sur un cas que j'ai vu aujourd'hui et où la paroi antérieure avait été largement ouverte ; le pus résidait dans la cavité et produisait une forte tension et de violents maux de tête. Je reviendrai plus longuement sur cette observation.

Séance du 7 juin 1893 (1).

Président : Prof. CHIARI.

Secrétaire : Dr H. KOSCHIER.

PANZER. — **Technique de l'ablation du cornet inférieur.** — L'auteur emploie pour cette opération un ciseau qu'il a construit et qui se manie plus aisément que les serre-nœuds ordinaires. La guérison survient aussi bien plus rapidement (3 ou 4 jours) par cette méthode. Il a réussi avec cet instrument dans les cas où le serre-nœud avait échoué.

ROTH fait remarquer que depuis déjà quelques années il se sert d'un instrument semblable.

WEIL doute que la guérison survienne aussi vite que le dit Panzer.

CHIARI emploie également depuis assez longtemps le même instrument. Quant à la guérison, il est de l'avis de Panzer.

CHIARI présente un enfant sur lequel il a pratiqué il y a quelques mois la **trépanation du sinus frontal**. Il s'agissait d'un important fragment d'os nécrosé siégeant dans le sinus frontal et provoquant une sécrétion purulente profuse du nez. C. ne peut dire si c'était de la tuberculose ou de la syphilis, car on manque de bases pour le diagnostic différentiel.

WEIL. — **Papillôme de la cloison.** — W. montre une femme de 67 ans à laquelle il a retiré quelques semaines auparavant un papillôme de la cloison gros comme une noisette. Il était apparu il y a un an environ et avait lentement augmenté, il était d'un rouge vif, d'une consistance assez dure et en forme de grappe avec une surface profondément segmentée, il ne provoquait aucune douleur, et saignait peu lorsque la malade y touchait souvent. Il était fixé par un pédicule épais d'à peu près 2 millimètres à la partie antérosupérieure du septum, presque à la limite de la muqueuse, il remplissait presque toute la fosse nasale droite et fut extrait pour ainsi dire sans hémorrhagie. Tout le reste du nez est parfaitement normal. Le Prof. Zucker-

(1) D'après le compte-rendu de la *Wiener klin. Woch.*, 22 août 1893.

kandl a eu la bonté de faire l'examen microscopique. On voit des papilles assez riches en vaisseaux, très ramifiées, et de l'épithélium pavimenteux extrêmement développé, ce n'est qu'au fond des inflexions de la surface que l'on trouve souvent des couches d'épithélium cylindrique, mais ni glandes, ni aucune manifestation inflammatoire.

Il s'agit donc d'un véritable papillôme complètement isolé (qu'il ne faut pas confondre avec les papillômes du cornet inférieur décrits par Hofmann et d'autres auteurs), d'une dimension tout à fait extraordinaire. Mackenzie n'a vu que cinq de ces papillômes qui atteignaient la taille de la moitié d'un pois, et quatre d'entre eux étaient combinés avec des polypes muqueux. Sur 3.300 malades (dont 1.500 porteurs de tumeurs), M. Schmidt n'a rencontré que six papillômes, et Zuckerkandl n'a observé qu'un cas de papillôme vrai du cornet inférieur. Comme étiologie, on n'a trouvé que l'habitude de priser du tabac datant de longues années; il faut prendre aussi en considération l'âge avancé de la malade.

W. ROTH. — **Phlegmon de la cavité rétro-nasale.** — R. rapporte l'observation d'un cas de formation d'abcès de l'amygdale pharyngée, chez un homme de 38 ans. La maladie débuta par un frisson et l'élévation de la température jusqu'à 38,8; il y eut de violentes douleurs à la déglutition, du côté de l'occiput et dans les deux oreilles, et à la rhinoscopie postérieure on distinguait une rougeur intense et une tuméfaction de la muqueuse de la cavité rétro-nasale et de l'amygdale pharyngée; lors du toucher digital, on trouve ces dernières élastiques et très sensibles. Les phénomènes s'aggravèrent de jour en jour, la température oscilla entre 38,8 le matin et 39,5 à 40 le soir, les douleurs de la déglutition s'accrurent, de même que les douleurs occipitales et les élancements des oreilles, à tel point que l'état du malade devint intolérable, l'amygdale pharyngée recouvrait la moitié inférieure des cornets moyens et totalement les méats inférieurs des choanes, la région des orifices tubaires était rouge et gonflée. Huit jours après le début de l'affection, il y eut une issue spontanée de pus et de sang par la bouche et par le nez qui amena un mieux surprenant, les souffrances diminuèrent, le malade put bien avaler et ne ressentit plus qu'une gêne comme si on lui introduisait une boulette dans le cou. A la rhinoscopie on voyait une diminution notable de l'amygdale pharyngée, mais à un endroit, à droite près du recessus moyen, se trouvait un caillot sanguin, vraisemblablement au lieu de rupture de la

poche ; la muqueuse rétro-nasale est encore très rouge et œdématisée. Des badigeonnages quotidiens de la cavité rétro-nasale avec une solution de nitrate d'argent à 2 % et des irrigations nasales pratiquées trois fois par jour avec une solution boricuée à 2 % firent disparaître tous les symptômes objectifs d'inflammation, de sorte que le malade fut tout à fait guéri quatorze jours après l'apparition de l'affection.

Quoique les inflammations phlegmoneuses de la cavité rétro-nasale ne soient pas rares et qu'elles soient accompagnées de vives douleurs à la déglutition ainsi que de maux de tête et d'oreille intenses, la formation d'un abcès de cette dimension dans l'amygdale pharyngée est toujours une exception ; le Dr Roth n'en a pas trouvé d'observation dans la littérature, car les cas d'inflammation phlegmoneuse de la cavité rétro-pharyngienne avec suppuration, tels que les décrit Wendt dans le *Manuel de pathologie spéciale et de thérapeutique* de Ziemssen (Bd 7, h. 1, p. 285 et 286,) ont une origine traumatique ou sont consécutifs à la variole, Wendt ne mentionne pas les suppurations spontanées, mais il dit à la page 289 : « Dans la cavité naso-pharyngienne on ne voit que rarement de petits abcès de la région cytogène. Ceux-ci se produisent au cours des phlegmons ou bien ils proviennent de la désagrégation de nombreux follicules confluents. On pourrait les appeler *abcès naso-pharyngiens*. »

Weil, à propos de l'étiologie, demande si le malade n'a jamais souffert à ce moment ou auparavant d'angine folliculaire ou lacunaire ; on voit souvent chez des malades habitués à la rhinoscopie postérieure, lors d'une affection de l'amygdale palatine, un même processus sur l'amygdale pharyngée qui pourrait peut-être avoir déterminé ici un phlegmon.

ROTH avait oublié de dire que le malade avait été très sujet aux angines.

GROSSMANN dit que dans la plupart des cas d'angine phlegmoneuse on a affaire à un abcès péri-tonsillaire qui se vide de haut en arrière, et qui provoque une voussure du voile du palais, de l'œdème de la luette, etc., ce qui fait qu'assez souvent les amygdales, même du côté malade, ne semblent que légèrement atteintes. Il n'exclut donc pas l'idée que même dans le cas décrit par Roth il ne se soit pas agi de cette forme assez fréquente d'abcès péri-tonsillaire.

HAJEK. — **Diagnostic et traitement des suppurations des sinus sphénoïdaux.** — Comme corollaire à deux cas de suppuration des sinus frontaux présentés aux dernières séances, H. fait part

de ses observations sur cette affection et commence par l'histoire du premier cas qui présenta des difficultés particulières de diagnostic.

H. E. âgé de 45 ans, souffre depuis neuf ans d'une suppuration abondante de la fosse nasale droite. Le pus, qui était clair au début, est devenu plus épais depuis déjà sept années. L'an dernier, le malade ressentit des maux de tête intenses qui occupaient toute la moitié droite du temporal, puis, par moment, une sensation de marteau dans la profondeur de la tête. Le vertige était fréquent pendant la marche et lorsque le malade se baissait. L'examen rhinoscopique pratiqué pour la première fois le 1^{er} novembre 1894 montra de nombreux polypes du méat moyen et une hypertrophie du cornet moyen. Après l'ablation des polypes, on vit le sinus maxillaire vide; à la suite de l'abrasion de l'extrémité antérieure du cornet moyen on n'aperçut plus le pus stagnant dans le méat moyen ni dans le sinus frontal ni dans le labyrinthe ethmoïdal.

L'examen fut très long, car malgré qu'on le répétait fréquemment, l'origine de la suppuration demeurait inconnue, et les symptômes subjectifs, surtout la céphalalgie, conservèrent toujours la même intensité jusqu'au moment où l'on enleva la plus grande partie du cornet moyen hypertrophié qui était si étroitement unie au septum que l'on ne pouvait effectuer un sondage par la fente olfactive. Après la cicatrisation du cornet moyen, on trouva, après un attouchement de la paroi antérieure du sinus ethmoïdal, un point brillant pulsatile.

A la suite de l'introduction d'une sonde fine on voit sourdre 3 ou 4 gouttes de pus épais. Hajek introduit alors dans l'ouverture le crochet qu'il a fait construire dans ce but, il arrache une parcelle de la paroi antérieure en l'attirant en avant, et il provoque ainsi l'issue d'une quantité de pus dense et crémeux. Le malade se sentit immédiatement soulagé. Le traitement consécutif consista d'abord à bourrer la cavité de gaze iodoformée, puis à instiller du nitrate d'argent dans la cavité sphénoïdale et comme la sécrétion ne cessait pas complètement, on gratta prudemment la muqueuse avec une curette construite également sur les indications de l'auteur. Actuellement, il ne subsiste plus qu'un léger écoulement muqueux. Les douleurs subjectives ont disparu.

A propos du diagnostic des suppurations des sinus sphénoïdaux, l'auteur dit qu'il faut, par l'examen rhinoscopique, constater l'écoulement du pus dans la fente olfactive en avant ou sur

l'extrémité postérieure du cornet moyen. On remarquera que le pus provenant du labyrinthe sphénoïdal postérieur produit les mêmes effets. Dans certains cas faciles, on fait le diagnostic différentiel en introduisant une sonde par la fissure olfactive agrandie ou une canule mince dans la cavité. On a encore plus de commodité lorsque le cornet moyen est atteint par un processus destructif, ordinairement par la syphilis; alors la fente olfactive a une largeur de 1 à 2 centimètres et on reconnaît dès le premier examen la source de la sécrétion. Dans les cas où le cornet moyen est lié à une forte hypertrophie de la cloison, le diagnostic est plus difficile. Il faut faire deux choses: 1° la ponction exploratrice du sinus sphénoïdal, pratiquée pour la première fois par Schäffer, sur les indications de Zuckerkandl; 2° enlever les parties hypertrophiées de l'extrémité postérieure du cornet moyen et ainsi dégager la paroi antérieure du sinus sphénoïdal.

Jusqu'il y a six mois Hajek a fait la ponction exploratrice au moyen d'une canule double qu'il a construite et montrée, mais à cause des résultats insuffisamment satisfaisants, il a adopté la seconde méthode qui lui a fourni les seules chances de diagnostic certain. Parfois il réussit à élargir la partie postérieure de la fente olfactive; par là il put obtenir temporairement assez d'espace pour orienter son diagnostic. Mais cette dernière méthode échoue souvent et alors, plus tard, il faut exciser des portions du cornet moyen.

Après de nombreux essais de cette dernière méthode, l'auteur est arrivé à conclure qu'elle était plus sûre que les autres au point de vue diagnostique. Tout d'abord, il a vu clairement qu'une collection mucopurulente de la fente olfactive n'était pas toujours imputable à une affection des sinus, mais que les mêmes accidents peuvent être provoqués par une inflammation primitive qui atteint partiellement la muqueuse revêtant cette région.

Certains autres faits peuvent aussi faire confondre un empyème de la fente olfactive avec ceux du sinus sphénoïdal et des cellules ethmoïdales postérieures. Aussi devra-t-on remarquer que les sinus frontaux et les cellules ethmoïdales antérieures ont assez fréquemment leur ouverture en dehors de la région de l'hiatus à l'intérieur du cornet moyen. H. a observé un cas de ce genre. Le pus sortait abondamment de la fente olfactive; on songea à une suppuration du sinus sphénoïdal ou des cellules ethmoïdales postérieures. Plus on enlevait de l'extrémité posté-

rière du cornet moyen, plus on voyait que la sécrétion venait d'en avant, jusqu'à ce que l'on reconnut après l'excision totale du cornet moyen jusqu'à son extrémité antérieure que la suppuration provenait du sinus frontal ouvert en dehors de l'hiatus nasal. Enfin H. fait allusion à ce que parfois l'étage postérieur peut, à travers une cloison verticale qui partage en deux le sinus maxillaire, s'ouvrir dans le méat supérieur, et qu'alors il peut survenir également une suppuration de la fissure olfactive. Il ne faut pas oublier non plus qu'une nécrose circonscrite des parois osseuses voisines de la fente olfactive peut aussi donner naissance à une suppuration ayant les mêmes caractères locaux que celle des sinus sphénoïdaux.

Vu ces nombreuses hypothèses, l'auteur n'accorde une confiance absolue qu'à un seul principe diagnostique : lorsqu'il existe une suppuration de la fente olfactive il faut, par tous les moyens chercher à reconnaître la source de la suppuration jusqu'à ce qu'on la trouve. Le moyen seul préserve des erreurs et contribue à la réussite du traitement.

Dans le cas présenté à la Société la difficulté du diagnostic s'était accrue parce que depuis longtemps la sécrétion n'était pas apparue hors de la fente olfactive. Ce fait était dû à l'application étroite du cornet moyen contre la cloison.

Hajek montre ensuite ses instruments pour le traitement des sinus sphénoïdaux : le crochet et la curette. Ils sont exceptionnellement fins, afin de permettre leur introduction sous le contrôle de l'œil. Malheureusement, l'ouverture pratiquée dans le sinus sphénoïdal a une grande tendance à se rétrécir promptement, de sorte qu'il faut la surveiller attentivement. On maintient l'ouverture béante en y introduisant un tampon, mais celui-ci a l'inconvénient de réveiller la souffrance et de faire reparaitre les engorgements.

L'auteur ne recommande le grattage de la muqueuse que dans les cas où des pulvérisations avec une solution boriquée à 3% ou des instillations de nitrate d'argent en solution n'ont apporté aucune amélioration.

La muqueuse doit être râclée délicatement et avec prudence car elle est très mince, et il existe sur les parties latérales des sinus sphénoïdaux des anomalies qui réclament des précautions extraordinaires.

L'auteur n'a jamais observé d'accidents à la suite de l'ouverture des sinus sphénoïdaux, aussi est-il convaincu qu'en agissant prudemment on doit considérer cette opération comme indiquée.

dans certains cas. Il va sans dire que la technique de l'opération réclame encore de nombreux perfectionnements.

Dans les cas non opérés, le pus contenu dans le sinus sphénoïdal peut, par l'obstruction de l'orifice d'écoulement, faire irruption dans l'orbite ou dans la boîte crânienne ainsi que l'ont démontré plusieurs cas d'obstruction certifiés jusqu'à présent par Hosner, Panas, Rouge, Post, etc.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des furoncles du conduit auditif, par PAUCHET (Thèse de doctorat, Paris 1895).

Le staphylocoque pénètre dans le conduit par l'intermédiaire des doigts (lésions de grattage), par les objets de pansement, les instruments; il en découle une thérapeutique prophylactique, basée sur l'emploi des antiseptiques, et une désinfection rigoureuse des mains et des instruments; en évitant, en outre, tout frottement, qui ensemence le microbe pathogène.

L'auteur passe ensuite en revue les divers modes de traitement :

A. — *Incision* faite profonde, avec le bistouri à double tranchant de Hartmann, suivie d'ablation du bourbillon, et d'un pansement antiseptique; préférer l'incision évacuatrice à l'incision précoce.

B. — *Applications internes*. — Bains d'oreille chauds; instillations d'alcool boriqué saturé, de glycérine phéniquée ou au sublimé, enfin de microcidine à 3 p. 100.

Badigeonnages abortifs, au début, avec le nitrate d'argent à 1 p. 10 (tampon laissé 24 heures); tampons d'huile mentholée à 1 p. 10 ou imprégné d'acétate d'alumine à 1 p. 20.

Les injections n'ont d'utilité que si elles sont bien faites, par le médecin lui-même.

Le tubage à l'aide d'un gros drain (Courtade) présente de grands avantages, s'il existe un gonflement très marqué.

C. — *Applications péri-auriculaires.* — Les réfrigérants (sachets de glace ; tubes de Leiter) sont les plus utiles, comme calmants.

D. — *Traitement général* basé sur une bonne hygiène ; les calmants généraux (quinine, antipyrine, chloral) ; les révulsifs intestinaux ; les sangsues sont d'utilité médiocre.

E. — Enfin le traitement des complications possibles : contre une suppuration persistante : bains d'oreille antiseptiques ; puis, après assèchement, insufflations boriquées ; contre les ulcérations : teinture d'iode ; contre les végétations : cautérisations chimiques ou galvaniques ; contre la sécheresse du conduit, accompagnée de prurit : pommade mercurielle :

Précipité blanc.	0 gr. 50
Vaseline.	15 gr.

La complication possible d'un abcès mastoïdien sous-cutané réclame l'incision, suivie d'un tamponnement du conduit. Enfin, contre les récidives, toujours à craindre, l'auteur conseille les bains d'oreille journaliers pendant une demi-heure avec l'alcool saturé d'acide borique.

RIPAULT.

Complications orbitaires des sinusites maxillaires, par SALVA
(Thèse de doctorat, Paris 1893).

L'auteur étudie d'abord avec soin les rapports anatomiques du sinus maxillaire avec le plancher de l'orbite, le globe et ses annexes ; puis rappelle les anastomoses des veines orbitaires avec celles des régions voisines et du sinus maxillaire en particulier.

A. — La complication la plus ordinaire est l'*ostéo-périostite*, limitée au rebord orbitaire, ou envahissant tout le plancher, ou enfin, se localisant au voisinage du trou optique (Despagnet).

La propagation du processus inflammatoire peut s'accompagner ou non de perforation osseuse ; la marche de l'affection est aiguë ou chronique.

Si les lésions siègent en avant : phénomènes palpébraux ; si elles siègent plus profondément : troubles graves de compression, surtout du nerf optique ; rarement des paralysies musculaires. Ce qui caractérise les accidents, c'est leur siège : chémosis surtout inférieur ; tuméfaction de la paupière inférieure ; refoulement du globe en haut.

Le pronostic varie avec la profondeur des lésions qui peuvent amener l'atrophie définitive du nerf optique, un phlegmon total de l'orbite, enfin la formation de séquestres, parfois considérables.

On devra ouvrir le foyer orbitaire par la paupière inférieure et drainer; ouvrir et laver le sinus; plus tard, faire l'ablation des séquestres.

B. — Une deuxième complication, plus grave, est le *phlegmon orbitaire* plutôt par propagation osseuse que par voie lymphatico-veineuse.

Il se caractérise par des symptômes généraux graves, l'exorbitis direct, et des phénomènes de compression, souvent graves du côté du nerf optique; on observe souvent des troubles de motilité du globe; des lésions osseuses très étendues; des troubles cornéens trophiques, par compression des nerfs ciliaires; enfin, la possibilité d'accidents cérébraux mortels (Panas).

La résolution est rare; l'ouverture spontanée se fait à la paupière inférieure.

Le traitement sera double: orbitaire et sinusien.

C. — Enfin on a signalé la *phlébite orbitaire*, bien qu'il n'en existe pas d'observation directe; la phlébite orbitaire, post-sinusale, amènera plutôt la thrombose des sinus intra-crâniens; la mort sera la terminaison habituelle, à moins qu'on ait pu faire une opération suffisamment précoce.

RIPAULT.

Les polypes de l'oreille. Leur traitement, par SOUZA-LEITE (Thèse de doctorat, Paris 1895).

Il existe trois variétés de polypes: le granulôme, le myxôme et le fibrôme; l'implantation se fait surtout au niveau de la caisse (paroi labyrinthique, cadre tympanal); plus rarement dans le conduit auditif ou la mastoïde; la coïncidence avec des lésions osseuses (caisse, osselets) n'est pas rare.

Les polypes sont très habituellement liés à une suppuration auriculaire, mais il existe des exceptions.

C'est par l'intermédiaire des otites que l'auteur explique leur coexistence fréquente avec les végétations adénoïdes, chez les jeunes gens.

S. L. insiste sur certains symptômes peu décrits: vertiges;

nystagmus, paralysie faciale, souvent définitive, par compression ; vomissements ; attaques épileptiformes ; phénomènes cérébraux assez graves pour simuler une méningite, et guérissant après ablation ; enfin des mastoïdites et des destructions osseuses étendues.

La surdité dépend plutôt des lésions d'otite associée, et du point d'implantation que du volume ; les lésions de l'appareil de transmission expliquent donc que toujours le Rinne soit négatif, et le Weber positif.

Le pronostic est lié surtout à la gravité de l'otorrhée qu'ils entretiennent.

Le diagnostic, ordinairement facile, se fait surtout avec les gros condylomes du conduit, et les tumeurs malignes de la caisse.

Le traitement de choix est l'usage du polypotome ; on remplacera les tractions, douloureuses et même dangereuses, par de légers mouvements de torsion autour de l'axe de l'instrument, jusqu'à détachement.

Pour les petits polypes de la zone de Schrapnell, on préférera la curette ou les caustiques.

Contre les petits polypes, et pour détruire les pédicules : bains d'oreille journaliers d'une demi-heure avec l'alcool boriqué saturé ; ou attouchements avec le perchlorure de fer, l'acide chromique ; enfin le galvano, dont l'emploi demande à être surveillé de près, au fond du conduit auditif.

RIPAULT.

ANALYSES

I. — OREILLE

La restauration du pavillon de l'oreille, par COCHERIL (*Revue de laryngologie*, 1^{er} et 15 février 1895).

L'otoplastie n'a que de rares contr'indications : atrophie double des pavillons ; ablation de tumeurs malignes étendues ; ses indications sont multiples.

Traumatismes : la restauration doit toujours être tentée, et comprendra le fibro-cartilage s'il a été lésé ; précautions antiseptiques minutieuses ; au cas de plaie contuse, si elle est assez récente, la suture sera encore employée, après régularisation des bords.

Vices de conformation : 1) hypertrophies du pavillon, combattues par résection d'une portion triangulaire, à base périphérique, suivie de sutures.

2) déviations : enroulement du pavillon, rabattu en avant, auquel on remédie par résection sur la face postérieure seule d'un lambeau ovalaire vertical, ne comprenant le fibro-cartilage que dans des cas très accentués ; puis sutures très fines.

3) occlusion du méat : section cruciale de la membrane obturatrice ; avivement de la face interne des lambeaux rabattus et suturés à la portion correspondante du conduit auditif avivée elle aussi ; la membrane fait ainsi partie de la paroi cutanée du conduit.

Pour ces réparations, on peut utiliser un lambeau mastoïdien, suturé à la perte de substance auriculaire, puis séparé de toute attache crânienne, quand il a bien repris ; otoplastie en deux temps (Difffenbach).

Difformités acquises. Ex. : déchirures du lobule par boucles d'oreille... avivement et suture des lambeaux ; la perte de substance est-elle trop considérable : on la comble par un lambeau mastoïdien sous-lobulaire, replié et adossé à lui-même par sutures (Nélaton).

Tumeurs du pavillon : kystes ; fibrômes ; dont l'ablation est suivie de sutures, facilitées parfois par des incisions libératrices nécessaires ; épithéliomas, dont la réparation exige souvent l'emprunt de grands lambeaux de voisinage, et qu'il ne faut pas abandonner à la nature, dans la crainte d'occlusion cicatricielle définitive du méat auditif.

H. RIPAULT.

Spasme clonique du muscle tenseur du tympan. par C. HEFLEBOWER (*N.-Y. med. journal*, 16 mars 1895.)

La sensation de claquement dans l'oreille avec secousse des muscles pharyngés est très pénible. On voit assez bien le mouvement du tympan à chaque claquement annoncé par le malade. L'affection reste dans le groupe des névroses. Elle s'associe souvent à d'autres troubles nerveux. H. fait jouer un rôle important aux lésions du ganglion otique et du ganglion de Meckel. D'ordinaire, ce spasme cesse d'augmenter après un certain temps et n'entraîne pas une surdité complète.

Comme traitement en dehors de l'hygiène générale, de l'arsenic, du bromure, on emploiera surtout les courants continus. Un des pôles sera appliqué au-dessous de l'oreille ou derrière l'oreille, l'autre en contact avec le voile du palais. (L'intensité et le choix des pôles se sont pas indiqués). La section du tendon du muscle tenseur du tympan ne donne en général qu'un soulagement temporaire. Les insufflations d'air soulagent mais doivent être répétées très fréquemment.

A. F. PLICQUE.

Otites grippales, par E. B. DENCH. (*Med. record*, 6 avril 1895.)

D. insiste sur les excellents résultats que donne l'incision précocce du tympan. L'inflammation disparaît, la guérison est complète en trois ou quatre jours. La suppuration est beaucoup plus profuse, beaucoup plus abondante après la rupture spontanée du tympan. En cas de mastoïdite au début, les applications froides enrayent parfois l'inflammation. Mais il est inutile de les prolonger plus de quarante-huit heures s'il n'y a pas de réunion rapide. Politzer a dit que la mastoïdite grippale intéressait surtout les cellules superficielles. D. n'a pas observé cette limitation spéciale. Il croit que l'opération doit être aussi profonde que dans les autres formes de mastoïdite.

A. F. PLICQUE.

Du désenchatonnement de l'étrier, par GELLÉ (*Arch. intern. de lar. rhin. et otol.* Tome VII, p. 251, septembre-octobre 1894).

L'auteur parle des enchatonnements de l'étrier consécutifs

aux scléroses auriculaires : l'étrier, blotti dans sa fossette, se trouve facilement enseveli par les hypertrophies de la muqueuse périoste de la caisse du tympan. Or, il faut savoir que sous une paroi épaisse dont toutes les fossettes sont nivelées, se cache un osselet susceptible d'être mis à nu et d'être rendu libre. Quelques observations, rappelées dans ce travail, démontrent la possibilité et l'efficacité de ce désenchatonnement.

Le premier cas a trait à une femme de vingt ans atteinte d'otorrhée gauche depuis l'enfance. De ce côté, la voix haute est à peine entendue ; l'oreille droite sèche, scléreuse, ne perçoit plus rien. D : V : = O. Montre = O. A gauche, le tympan a disparu ainsi que le marteau et l'enclume : toute la paroi du promontoire bien en vue est cutanée. Au dessus du sourcil est une tache blanche, qui, au contact du stylet, éveille du vertige : c'est la tête de l'étrier. G. tente de dégager l'osselet encore mobile. Après cocaïnisation (1/5) et désinfection du conduit, le couteau est porté sur le promontoire au-dessous de la tache blanche et, pénétrant à plus de deux millimètres de profondeur, fait une incision horizontale s'étendant à environ quatre millimètres : une seconde incision, passant au devant de la tache blanche, est faite perpendiculairement à la première. Peu de réaction : deux jours après, l'audition de phrases assez longues est possible. La conductibilité osseuse a été reconquise.

Une seconde intervention amène un résultat encore plus durable. Jamais il n'y eut de suppuration post-opératoire. M. L.

Otalgie et surdité hystérique complète, par GRADENIGO. (*Giorn. di acad. di medic. di Torino*, décembre 1894).

L'intensité des douleurs rapportées à la région mastoïdienne faisait songer à une mastoïdite. Mais il y avait en même temps anesthésie du pavillon, du conduit auditif, du tympan. La surdité était absolue. On discuta l'influence d'une dent cariée comme point de départ réflexe. Celle-ci fut arrachée, mais le traumatisme détermina une aggravation notable non-seulement les jours suivants mais persistant après la cautérisation complète de la plaie alvéolaire.

La m talloth rapie (application d'or), la suggestion firent disparaître la surdité et l'otalgie, mais sans influencer l'anesthésie de l'oreille externe et du tympan. Ce fait est intéressant pour prouver qu'il n'existe pas de relation constante et absolue entre la surdité et l'anesthésie. De plus, malgré l'anesthésie tactile

des deux tympans la malade orientait parfaitement les sons et reconnaissait leur point de départ. Ce fait infirmerait également la théorie de l'orientation par la sensibilité tactile tympanique.

A. F. PLICQUE.

Un cas de surdité hystérique. Discussion à la Medical society of London, par HECTOR MACKENZIE (*Brit. med. journ.* 1896, p. 587).

Jeune fille de 16 ans, atteinte d'une angine au cours d'une épidémie de diphtérie ; trois mois plus tard, légère attaque d'influenza, suivie d'otalgie ; le traitement de Politzer provoqua une douleur aiguë, de la surdité, et bientôt un écoulement de pus par l'oreille gauche. Peu après se développèrent une anesthésie et une paralysie presque généralisées, qui persistèrent plus d'un an, et ne cédèrent finalement qu'à un traitement long et systématique par la gymnastique. L'ouïe ne peut être améliorée par aucun moyen, jusqu'au jour où on applique la méthode de Gilles de Marseille ; au bout de dix jours, la malade pouvait soutenir une conversation ordinaire, et, quelques semaines plus tard, l'acuité de l'ouïe était normale, et persista telle. Il conclut à l'hystéro-traumatisme.

DE HILL n'admet pas le diagnostic de surdité hystérique, d'abord parce qu'il n'en a jamais pu découvrir un seul cas, ensuite parce qu'il y a eu diphtérie et traumatisme dans l'observation rapportée.

DE PURNEY. Il n'est pas possible d'admettre ici la paralysie diphtérique, car les réflexes étaient normaux ; le traumatisme du labyrinthe est aussi problématique : c'est bien un cas de surdité fonctionnelle.

DE SYMES THOMPSON attire l'attention sur les résultats remarquables obtenus par la méthode de la rééducation de l'ouïe.

M. N. W.

La surdité dite hystérique et la surdité fonctionnelle, par WILLIAM B. DALBY (*Brit. med. journ.*, 16 mars 1895, p. 574).

Jeune fille de 17 ans, trouvée un matin complètement sourde par son entourage, à tel point que toute question devait être écrite. Mais la voix était restée absolument normale et modulée, et l'allure n'était pas du tout celle des sourds ; d'un autre côté, elle n'avait rien des simulatrices ; six mois plus tard elle descendit pour déjeuner un matin avec l'ouïe normale. L'auteur insiste sur ce fait que les sujets atteints de ce qu'on appelle la surdité

hystérique, ne sont pas sourds du tout ; ils ne ressemblent point à ceux qui ont réellement perdu subitement l'ouïe, comme par exemple certain enfant subitement sourd et recouvrant le pouvoir auditif après l'expulsion d'un grand nombre de lombrics, comme encore les personnes devenues sourdes à la suite d'une grande émotion ; dans ces cas de surdité fonctionnelle réelle, la voix est altérée, le sourd ne sait pas la conduire, la moduler ; chez les hystériques dont il est question, il y a un phénomène mental encore inconnu, mais certainement différent de la surdité fonctionnelle vraie ; ils couvrent l'ouïe aussitôt que l'état normal de ce sens se manifeste par surprise en présence d'une autre personne ; aussi fait-on cesser cette surdité en produisant une détonation par exemple, d'une manière absolument inattendue, afin de provoquer un mouvement ou un cri vu par quelqu'un.

M. N. W.

Un cas de surdi-mutité fonctionnelle, par W. B. RANSAN, (de Nottingham) (*Brit. med. journ.*, mars 1895, p. 470).

Mineur de 19 ans, de bonne santé habituelle, se réveille un matin complètement sourd et muet, et reste ainsi plusieurs semaines, sans aucun autre symptôme morbide local ni général. Un examen minutieux ne fit découvrir aucune cause de cet état, la conductibilité aérienne et osseuse se trouvaient également abolies. Pourtant il arrivait parfois qu'un ordre donné subitement et énergiquement était exécuté, sauf celui d'émettre un son quelconque. La conversation verbale était facile, et ne dénotait rien d'anormal dans l'état du patient ; il ne présentait pas de symptômes classiques de l'hystérie à cette époque, mais il avait eu un an plus tôt une monoplégie brachiale subite, qui avait duré trois semaines. A un deuxième examen, la surdi-mutité datant alors de cinq semaines, on vit qu'il était survenu de l'anesthésie du palais, et le diagnostic de surdi-mutité hystérique se trouva ainsi confirmé. On appliqua alors un courant faradique au larynx : le résultat fut un coup de pied et un cri, et à l'affirmation qu'il parlerait dorénavant, le patient répondit aussitôt, « oui, je le puis » et s'en retourna chez lui, parlant et entendant parfaitement. L'auteur fait observer que le mutisme hystérique, décrit par Charcot, est rarement associé à la surdité.

M. N. W.

Contribution à la connaissance de la labyrinthite syphilitique, par ARTHUR AF FORSELLES : (*Finska lakaresallskapets handlingan*, XXXVI, 42, p. 856-863).

Un homme, âgé de 22 ans, contracte la syphilis vers la fin du mois de janvier 1894. Le 3 août, il fut saisi subitement par un vertige et des vomissements violents. Plus de perceptions subjectives des sons ; l'ouïe commença à s'affaiblir à gauche. Vers la fin de la première semaine, la température monta à 39°. Amélioration, mais l'ouïe resta diminuée. L'acuité auditive à la montre était d'un mètre à droite, tandis qu'à gauche elle ne pouvait être entendue, même appliquée sur l'oreille externe ou sur la mastoïde. Pourtant la parole était perçue. Le temps de la perception pour les sons élevés était diminué considérablement, celui pour les sons plus bas à un degré plus faible. Par le Weber, le diapason fut entendu à l'oreille droite (la meilleure). Accès fréquents de vertige. D'après de F., l'affection du labyrinthe était primitive, parce que les troubles de l'oreille moyenne pouvaient être exclus complètement. La violence extraordinaire du vertige indiqua que le point de départ de la maladie se trouvait dans les ampoules : de F. a observé plusieurs cas, où la difficulté de percevoir la conversation au téléphone a été le motif pour lequel les malades ont dû consulter un médecin.

A. F. EKLUND.

Exfoliation de la cochlée, du vestibule et des canaux semi-circulaires, par GOLDSTEIN, de Saint-Louis (*Saint-Louis med. and surg. journ.*, n° 3, 1895).

L'auteur rapporte l'histoire d'un enfant de 6 ans 1/2, phtisique, ayant une suppuration ininterrompue depuis dix-huit mois et auquel on avait déjà fait une incision derrière l'oreille pour un abcès mastoïdien. Paralyse faciale complète du côté (non indiqué) affecté. Une large ouverture est faite dans l'os derrière le pavillon, et, quelques mois après, on retire plusieurs séquestres soit par le trajet fistuleux mastoïdien, soit par le conduit auditif lui-même.

L'auteur insiste surtout sur la persistance de la faculté auditive du côté affecté après l'enlèvement de la cochlée et des parties profondes du rocher. Une discussion intéressante a suivi cette présentation à la Société médicale de Saint-Louis.

Toutefois, quelques objections peuvent être faites, notamment

l'absence d'une description suffisante, dans l'observation, des séquestres présentés et le jeune âge du malade qui exclut l'idée de recherches précises et valables sur l'audition. Au point de vue bibliographique l'auteur en est resté au mémoire de Bezold et ne fait pas mention de la thèse de Bec (Lyon, 1894) qui contient une statistique beaucoup plus étendue. M. LS.

Nécrose du labyrinthe, par HARRY FRIENDENWALD. (*New-York med. journ.*, 23 février 1895.)

L'inflammation de l'apophyse mastoïde et de l'oreille interne paraît consécutive, dans ce fait, à une scarlatine. Les vertiges constituèrent le symptôme le plus net en faveur de l'affection labyrinthique. Il n'y eut pas de paralysie faciale. On fit d'abord l'ouverture de l'apophyse mastoïde puis l'opération de Kuste (ablation de la paroi postérieure et supérieure du conduit auditif, curettage des parties cariées), sans diminuer la suppuration. Après trois ans et demi de soin, maintien de l'orifice fistuleux, lavages antiseptiques, le séquestre labyrinthique qui avait résisté à de nombreuses tentatives d'extraction finit par s'éliminer spontanément.

A. F. FLICQUE.

Des opérations systématiques dans le cas d'affections intra crâniennes consécutives aux suppurations de l'oreille, par M. PRITCHARD, de Londres. (*Arch. of otol.*, n° 1 et 2, 1894).

M. Pritchard donne les conseils suivants : 1° Ouvrir complètement l'antre mastoïdien et explorer les cellules mastoïdiennes. 2° Si on ne trouve pas de raison suffisante pour expliquer tous les symptômes, élargir l'ouverture crânienne de façon à pouvoir mettre à découvert les fosses moyenne et postérieure qu'on explorera avec une aiguille fine, au-dessus et au-dessous du sinus latéral. 3° Si l'on trouve des caillots dans le sinus, lier la veine jugulaire interne, ouvrir le sinus et le débarrasser de son contenu. 4° Si l'on soupçonne un abcès cérébelleux, faire des ponctions exploratrices et évacuer le pus si on le découvre.

Trois observations sont ajoutées pour démontrer la nécessité d'opérer avec cette systématisation de procédés. M. LS.

Otite moyenne purulente ayant déterminé la carie du temporal, un abcès sous-duremérien et la mort, l'apophyse étant restée intacte, par M. G. REULING, de Baltimore. (*Arch. of otol.*, n° 1 et 2, 1894).

Ce long titre indique suffisamment le contenu de l'article

auquel est jointe une double héliogravure montrant la lésion osseuse.

M. LS.

Cas divers d'affections de l'apophyse mastoïde, par SCHMIEGELOW, de Copenhague. (*Arch. of otol.*, n^{os} 1 et 2, 1894).

Les trois observations rapportées sont fort intéressantes.

Dans le premier cas il s'agit d'un homme de 22 ans qui avait eu une suppuration scarlatineuse à l'âge de 6 ans, et n'avait plus rien présenté depuis. A 19 ans, après une attaque de grippe, paralysie faciale à droite ; quelques mois après, douleurs vives dans l'oreille et apparition dans le conduit d'une tumeur qu'on opère et qui récidive.

Il entre à la clinique de l'Université à Berlin avec sa paralysie faciale, une paralysie de l'hypoglosse avec hémiatrophie de la langue et une large tumeur dans le conduit ; il n'y a rien du côté de l'apophyse et il existe des ganglions hypertrophiés le long du cou. Un morceau de la tumeur est enlevé, examiné au microscope, considéré comme du sarcome, et le malade renvoyé comme inopérable. S. le voit en 1892 et se décide à l'opérer pour soulager les douleurs et considérant d'ailleurs le cas comme douteux à cause de la longue durée de l'affection et de l'absence de lésions du côté de la mastoïde. Il ne s'agissait en réalité que d'une inflammation chronique avec destruction carieuse étendue du temporal, cholestéatome et productions polypeuses. Il est à noter qu'un examen microscopique des parties enlevées pouvait aussi faire croire à un sarcome. Guérison complète.

Le second cas a trait à un enfant de 5 ans atteint d'otite moyenne suppurée chronique qui fut amené avec des signes de pyoémie et chez lequel, malgré l'absence de gonflement de la mastoïde, il existait un cholestéatome de la portion pétreuse du temporal et de la fosse cérébrale moyenne. L'enfant présenta après l'opération une pneumonie suivie d'empyème qui fut opéré : les signes de pyoémie avaient amené l'auteur à faire également l'ouverture du sinus transverse. La guérison fut complète au bout de six mois.

Le troisième cas était un sarcome de l'apophyse mastoïde chez un enfant de 8 ans ; l'opération amena un soulagement, mais le petit malade fut perdu de vue.

M. LS.

Percussion de l'apophyse mastoïde, par O. KÖRNER et R. VON WILD, de Francfort-s-le-Mein. (*Arch. of otol.*, nos 1 et 2, 1894).

Ces auteurs disent que la percussion de l'apophyse mastoïde peut rendre des services en permettant de diagnostiquer une ostéite profonde ne se traduisant par aucun signe subjectif ou extérieur. A l'appui, ils rapportent un cas de carie diabétique récente où la percussion fut pratiquée pendant la narcose ; la percussion forte dénotait une matité absolue du côté malade alors que du côté sain on obtenait une résonnance osseuse ordinaire, analogue à celle qu'on pouvait obtenir en un point quelconque du crâne où la peau avait la même épaisseur. Cette observation est accompagnée de réflexions sur la mastoïdite diabétique et sur la rapidité de son évolution.

Chez un deuxième malade, atteint d'otite moyenne torpide, la percussion donnait le même son des deux côtés. Brusquement la matité apparut du côté gauche et la trépanation fit trouver une cavité pleine de pus, de granulations et de particules osseuses nécrosées.

Les auteurs se sont assurés, par des expériences sur le cadavre, que ces différences de sonorité n'avaient rien à faire avec l'air contenu dans les cellules mastoïdiennes, mais seulement avec la lésion osseuse.

Dans le même journal, Moos (*Arch. of otol.*, nos 1 et 2, 1894), confirme l'importance de la percussion lorsque le résultat est positif : un résultat négatif ne prouve rien. Il rapporte un cas où l'apophyse était nécrosée et où cependant il n'y avait pas de différence dans la résonnance.

M. LS.

II. — NEZ ET SINUS

Sur les kystes séro-muqueux de la portion interne de l'aile du nez, par H. KNAPP, de New-York (*Arch. of otol.* nos 1 et 2, 1894).

La littérature est très pauvre sur ce sujet. Zuckerkandl, Mc Bride, Châtellier, Martin, Cartaz, Dunn, en ont observé des cas. Knapp en ajoute un nouveau, concernant une femme de 47 ans, chez laquelle il pratiqua l'extirpation par le procédé de Dieffenbach avec guérison au bout de huit jours.

L'origine et la pathogénie de ces kystes est obscure. Le pro-

nostic est favorable. Quant au traitement, il comporte trois procédés. La paracentèse évacuatrice avec récidue presque fatale ; la destruction de la paroi interne du kyste, soit par la chaleur, soit par les agents chimiques ; enfin, l'extirpation par le procédé de Rouge ou celui de Dieffenbach. Cette troisième méthode est plus sûre et donne des guérisons permanentes. M. LS.

Séquestre avec dent cariée du plancher des fosses nasales, par H. KNAPP, de New-York (*Arch. of otol.*, n° 1 et 2, 1894).

Chez un enfant de 7 ans atteint de rhinite à gauche et d'otite purulente aiguë, Knapp enleva deux séquestres dont l'un contenait la deuxième incisive gauche dont la couronne était bien formée et la racine cariée ; cette dent a paru retournée. Une fistule permettait de passer de la cavité dans la bouche entre la première incisive et la canine. M. LS.

Contribution à l'étude de la rhinite atrophique, par MORF, de Winterthur (*Arch. of otol.*, n° 4, 1894).

L'auteur a examiné 80 cas à la clinique otologique de Bâle. Il résulte de ses recherches que le catarrhe nasal atrophique est plus fréquent chez la femme que chez l'homme et atteint surtout les jeunes sujets ; la fétidité s'observe dans 90 % des cas.

Il insiste sur la rareté des formes unilatérales, mais dit avoir trouvé, dans 18 cas sur 80, la coïncidence de la rhinite atrophique et de la rhinite hypertrophique. Habituellement, la muqueuse rhino-pharyngée est atteinte, mais il est beaucoup plus rare que celle du larynx et de la trachée soit prise.

Les complications du côté des oreilles moyenne et interne sont fréquentes : 47 fois sur cent dans la statistique de l'auteur, ce qui est un chiffre plus élevé que celui qui est indiqué par la plupart des auteurs. Lorsque c'est l'oreille moyenne qui est atteinte, la propagation se comprend facilement. Mais, d'autre part, la surdité nerveuse est relativement plus fréquente, malgré le jeune âge des sujets, ce qui ne peut guère être attribué qu'à des anomalies constitutionnelles. M. LS.

De l'ozène, par MENDEL (*Médecine moderne*, n° 34, 1895).

On peut lire dans cet article une leçon complète et pratique de l'état de nos connaissances sur l'ozène. L'auteur y résume

les différentes théories encore en présence, et termine son travail par un diagnostic précis et par l'énumération des traitements actuellement en usage

L. EGGER.

Rhumatisme du nez, du pharynx et du larynx, par W. FRENDELTHAL (Communication à l'Académie de médecine de New-York, *Med. record*, 16 février 1895).

F. rapporte une série d'observations de laryngites, de pharyngites avec douleurs souvent très vives, hyperémie, ulcérations même et semblant d'origine, soit rhumatismale, soit goutteuse. C'est l'état général plutôt que l'examen local qui fait le diagnostic entre les deux diathèses. Il existe cependant des tophi assez caractéristiques de la goutte laryngée. Les résultats du traitement par le salicylate de soude, la lithine, les alcalins, confirment le rôle attribué au rhumatisme ou à la goutte dans l'inflammation locale.

A. F. PLICQUE.

Traitement des épistaxis, otites moyennes suppurées produites par le tamponnement nasal, par V. GALETTI. (*Il. Morgagni*, 16 mars 1895.)

G. rapporte quatre cas où le tamponnement des fosses nasales avec la sonde de Belloc a produit des otites moyennes suppurées. Il regarde cette grave complication comme fréquente. Il croit que dans le traitement des épistaxis on doit préférer, soit les cautérisations au galvano-cautère, soit une canule tampon à chemise de caoutchouc insufflable. Le bioxyde d'hydrogène a également réussi en injections de 150 à 200 grammes. Dans la pratique courante où ces moyens feraient défaut, on réussira presque toujours avec les injections sous-cutanées d'ergotine, les irrigations nasales avec l'eau à 50°, le simple tamponnement antérieur.

A. F. PLICQUE.

Quelques instruments rhino-laryngologiques, par R. BOTRY (*Archivos latinos de rinologia*, 4^e année, n° 46, p. 209, octobre 1894).

B. décrit quelques instruments qu'il a perfectionnés, cherchant avant tout à les rendre simples et pratiques.

1° Des galvano-cautères pour les cornets inférieurs, protégés du côté de la cloison par une large plaque de terre réfractaire.

2° Des galvano-cautères pour la destruction des nodules des

chanteurs, qui également offrent sur un de leurs côtés une petite plaquette de terre réfractaire pour éviter la brûlure de la corde vocale opposée. B. préfère cautériser les nodules des chanteurs plutôt que de les enlever avec une pince coupante ; il les touche, en plusieurs séances successives, avec le couteau à peine rougi, sans nier cependant que ce ne soit là une des opérations les plus difficiles de la spécialité, presque « un tour de force ».

3° Des couteaux à lame très courte pour inciser le septum sur un de ses côtés sans entamer la muqueuse de la face opposée : ils servent à l'exécution du procédé opératoire recommandé par l'auteur pour le redressement des déviations verticales de la cloison.

4° Un spéculum nasal, se maintenant seul en place et fixé d'une manière originale à la lèvre supérieure du patient.

5° Enfin, divers porte-cotons simples et économiques, condition essentielle pour que chaque malade puisse garder son instrument à lui spécialement destiné. M. L.

Des corps étrangers du sinus maxillaire et en particulier de leur élimination par l'hiatus semi-lunaire, par M. GOULY (*Arch. int. de lar. rhin. otol.* Tome VIII, n° 1, p. 7, janvier-février 1895).

La présence d'un corps étranger est, en général, assez bien tolérée par la muqueuse pituitaire, mais retarde aussi considérablement la guérison de suppuration de ces cavités.

Quand il s'agit d'une pièce de pansement, gaze ou ouate, il est facile de l'extraire à l'aide d'une pince fine spéciale qui a donné plusieurs fois à G. les meilleurs résultats : elle est assez mince pour pouvoir être introduite dans le sinus par l'orifice alvéolaire sans gêner la vue.

Quand il s'agit d'un corps dur et mobile, comme une canule métallique, le procédé le plus simple consiste à pratiquer des lavages forcés par l'orifice alvéolaire et à s'en contenter tant que ce corps ne produit pas de phénomènes inflammatoires sérieux, Celui-ci peut être aussi projeté hors du nez.

En résumé, la marche de la suppuration est notre meilleur guide au point de vue de l'énergie du traitement. Si elle ne tarit pas ou devient fétide, il faut chercher à extraire le corps étranger par la voie alvéolaire avec des crochets, avec la pince déjà signalée, avec l'anse à polype du nez (Ziem) en variant la position du malade, en le renversant aussi bas que possible, pour que le corps étranger s'arrête au niveau du plafond du sinus devenu sa

partie la plus déclive, ou encore en le penchant du côté opposé pour que ce corps tende à pénétrer dans l'hiatus semi-lunaire.

Quand tous ces moyens ont échoué, une large ouverture par la fosse canine s'impose, elle permet, en même temps que l'extraction du corps étranger, le curettage énergique de la cavité pour guérir une suppuration jusque-là rebelle. M. L.

De la prothèse dans le traitement des fistules chirurgicales du sinus maxillaire, par G. de MARION (*Arch. intern. de lar. rhin. otol.* Tome VIII, n° 1, p. 15, janvier-février 1895).

Pour obturer les fistules chirurgicales du sinus maxillaire, on recommande généralement d'y introduire soit une sonde, soit un tampon d'ouate.

Mais la sonde a pour défaut son extrême mobilité : son poids la fait aisément tomber dans la bouche.

Les tampons d'ouate ont des inconvénients plus grands : souillés par les liquides buccaux et les aliments, ils deviennent rapidement septiques : et, de plus, ils peuvent facilement pénétrer dans le sinus maxillaire, y jouer le rôle de corps étranger et entretenir indéfiniment la suppuration.

L'auteur préfère les appareils prothétiques. C'est un pièce dentaire partielle, qui sera munie d'une sonde pénétrant dans le trajet fistuleux. Cette sonde est obstruée par un mandrin, supporté lui-même par une dent artificielle qu'il suffit de détacher de la pièce pour déboucher la canule et permettre le lavage du sinus. Ainsi, toute communication est supprimée entre la bouche et le sinus, et l'appareil assure la fixation de l'obtuteur.

Et quand on voudra tenter l'obturation de la fistule, il suffira de supprimer la bande qui pénètre dans la cavité du sinus ; l'appareil ne sera plus alors qu'une simple pièce dentaire, encore suffisante pourtant, pour obstruer hermétiquement le trajet. M. L.

Tumeur de l'orbite par dilatation du sinus ethmoïdal, par ROHMER. (*Soc. française d'ophtalmologie, séance du 7 mai 1895*).

1° La distension du sinus ethmoïdal se traduira, avant son ouverture, par une saillie du côté de la paroi interne de l'orbite, saillie qui peut être plus ou moins sensible, voire même doulou-

reuse, qui peut acquérir le volume d'une noisette ou davantage, et se prolonger le long de la paroi interne de l'orbite jusque vers le fond de la cavité ; à la rigueur, une pression vigoureuse du doigt permettra de sentir la crépitation parcheminée, ce qui, joint aux signes suivants, autorisera à éliminer l'idée de tumeur vraie de l'orbite.

2° L'œdème du voisinage siègera surtout sur la paupière inférieure, et vers les régions malaire et temporale, à cause de la compression de la veine ophtalmique, qui, après avoir suivi la paroi interne de l'orbite, traverse la fente sphénoïdale pour se jeter dans les sinus caverneux.

3° Les lésions par inflammation de voisinage ou par compression du nerf optique seront très tardives en cas de maladie des sinus ethmoïdal et frontal, tandis qu'elles apparaîtront relativement vite quand il s'agira d'une distension du sinus sphénoïdal (Panas). La saillie de la paroi ethmoïde de l'orbite aura simplement pour effet de repousser l'œil en masse vers l'angle inféro-externe de la cavité orbitaire, tandis que le nerf optique sera longtemps épargné, et l'acuité visuelle restera longtemps relativement bonne. Ajoutons aussi que les accidents méningitiques, ainsi que les inflammations du sinus caverneux et de la veine ophtalmique, seront beaucoup plus fréquents aussi en cas de lésions des cavités du sphénoïde.

4° L'ouverture large du côté de l'orbite, aidée encore, s'il est nécessaire, du cathétérisme nasal, trancheront la question et permettront de préciser davantage la localisation des lésions.

III. — BOUCHE ET PHARYNX

De la papillite linguale, par BARATOUX (*Arch. latinos de rinol. lar. otol.* Année VI, n° 50, page 37).

B. confirme les recherches de Duplaix sur l'existence d'une affection douloureuse des bords et de la pointe de la langue, due à une érosion des papilles filiformes : toutefois, contrairement à cet auteur, il admet que la maladie soit aussi fréquente chez l'homme que chez la femme. L'affection guérit par la cautérisation galvanique. Mais, au lieu de faire, à l'exemple de Duplaix, une cautérisation ponctuée sur chacune des papilles malades, B. se contente de promener à plat le couteau galvano-

caustique sur toutes les parties douloureuses préalablement cocaïnisées. La maladie n'est pas à l'abri des récidives. Un assez grand nombre des malades restent guéris : mais il en est d'autres qui ont des poussées assez fréquentes exigeant de nouvelles cautérisations.

M. L.

Examen bactériologique de la diphtérie dans les États-Unis, par WELCH WILLIAM H. (*Ann. journ. med. sc.* 1894, p.427 ; in *Arch. of pediatrics*, février 1895).

1. La direction sanitaire de New-York a examiné dans cette ville tous les cas suspects de diphtérie, sauf de rares exceptions. Dans l'espace d'un an, jusqu'au 4 mai 1894, il a été fait des cultures de 5,611 cas.

2. Dans New-York et Boston, 58 1/2 % étaient reconnus comme de la diphtérie vraie ; parmi les croup 80 % de diphtériques, 14 % démontrés non diphtériques ; 15 cas de rhinite fibrineuse et 4 de diphtérie nasale isolée contenaient le bacille diphtérique.

3. Diverses formes d'angines simples, d'amygdalites folliculaires présentèrent de la diphtérie typique.

4. L'auteur décrit bien des localisations rares du bacille diphtérique : oreille moyenne, plaies, ulcères, abcès, poumons, valvules cardiaques ; distribution dans les organes des individus humains et des animaux autopsiés.

5. Parmi les microorganismes associés, il y a surtout le streptococque, le staphylococque, le diplococque lancéolé.

6. Les angines de la scarlatine sont en général streptococciques ; dans un milieu favorable, la diphtérie vient les compliquer souvent ; 4 cas de diphtérie dans la fièvre typhoïde.

7. La pseudo diphtérie (angine et laryngite pseudo-membraneuse sans bacille de la diphtérie) est le plus souvent causée par le streptococcus pyogenes, mais aussi parfois par d'autres microbes. Sur 408 cas, il y a eu une mortalité de 1,7 % en ville, et jusqu'à 25 % à l'hôpital ; due surtout à quelque complication : broncho-pneumonie, laryngite, scarlatine.

8. Sur 752 cas, les bacilles disparurent 325 fois, trois jours après la disparition des fausses membranes ; de 5 à 7 jours, 201 cas ; 12 jours, 84 cas ; 15 jours, 69 cas ; 21 jours, 57 cas ; 28 jours, 11 cas ; cinq semaines, cinq cas ; enfin, une fois des bacilles virulents furent trouvés sept semaines après la disparition de l'exsudat.

9. Dans les familles où l'isolement n'a pas été pratiqué, on a constaté des bacilles chez la moitié des sujets sains ; 40 % de ces sujets porteurs de bacilles furent atteints de diphthérie ultérieurement. En cas d'isolement, le bacille ne se trouve que chez 10 % des personnes de l'entourage.

10. Sur 330 personnes qui n'avaient pas eu de rapports avec des diphthériques, 8 possédaient des bacilles virulents, deux furent atteints de diphthérie ; 24 autres possédaient un bacille morphologiquement identique à celui de Löffler, identique aussi au point de vue des cultures, mais absolument dépourvu de virulence. Le bacille pseudo-diphthérique se retrouva 27 fois ; il ne faut pas confondre ce dernier avec celui dont il vient d'être question ; le bacille pseudo-diphthérique diffère du vrai par les cultures, la ressemblance est superficielle, tandis que, dans un certain nombre de cas, le bacille dépourvu de toute virulence est bien celui de Löffler.

M. N. W.

Considérations sur la pharyngite granuleuse, par E. J. MOURE.
(*Bulletin médical*, 20 février 1895.)

L'auteur, montrant l'exagération dans laquelle étaient tombés nos prédécesseurs, admet que l'on peut, sans l'effacer complètement, donner un cadre plus modeste à la pharyngite granuleuse. Bien souvent, chez les enfants, le pharynx est granuleux et ne donne lieu à aucun des signes classiques de cette affection ; d'autre part, chez des malades se plaignant de sensations de brûlures, d'enrouements passagers, de *hemming* avec expulsion de mucus grisâtre, opale et perlé, on ne trouve à l'examen du pharynx aucune trace de granulations.

Dans la grande majorité des cas la granulation est elle-même un symptôme, une conséquence de l'inflammation du nasopharynx, des fosses nasales, ou de tout l'arrière-gorge.

Après l'anatomie et la pathologie de l'amygdale naso-pharyngienne et de l'amygdale linguale, les études de ces dernières années nous ont fait connaître des agglomérations de follicules lymphatiques souvent isolés, quelquefois confluent, occupant soit les parties médianes, soit les portions latérales du pharynx buccal, en arrière des piliers postérieurs, soit les côtés de la langue en dehors du V lingual, à l'union du pilier antérieur du voile palatin et de la langue.

Dans le premier cas, on voit en arrière des piliers postérieurs,

quelques saillies isolées ou un bourrelet inégal, oblong, s'étendant en général des bords postérieurs des trompes d'Eustache, pour se terminer vers l'épiglotte, et recouverts par une muqueuse turgescence plus ou moins rouge.

Le second groupe de granulations, distinct de l'amygdale linguale, siège à l'union du pilier antérieur avec la langue. Leur hypertrophie plus ou moins accentuée donne, par le frottement continuel de cette surface hérissée contre les parois du pharynx, la sensation de picotement, de brûlure, de corps étranger.

Traitement. En l'absence d'inflammations causales qu'il faut traiter d'abord, donner la préférence à la médication de Mandl : gargarismes et badigeonnages avec la solution d'iode dans la glycérine.

Action plus rapide obtenue par cautérisation du centre de la granulation avec une perle de nitrate d'argent ou par badigeonnages de solutions iodées au $\frac{1}{3}$ ou au $\frac{1}{5}$ après raclage des saillies granuleuses.

Plus énergique et plus efficace la cautérisation galvanique en surface, dont il faut espacer les séances d'au moins 15 jours.

Traitement consécutif émollient, traitement thermal approprié.

L. EGGER

Reproduction du tissu lymphoïde dans le pharynx, par E. HOPKINS.
(Académie de médecine de New-York, *N. Y. med. journ.*, 26 janvier 1895).

H. cite de nombreux faits de récidives de végétations adénoïdes du pharynx. Il y a eu dans certains cas jusqu'à trois récidives. Aussi faut-il faire quelque réserve sur le résultat éloigné de l'opération.

La fréquence des récidives pourra être diminuée : 1° en pratiquant une ablation précoce et complète, faite après anesthésie chez les enfants de moins de quinze ans ; 2° en insistant sur le traitement général (sirop d'iodure de fer, traitement de la goutte, de la tuberculose, de la syphilis possibles) continué longtemps après l'intervention ; 3° en veillant aux conditions hygiéniques (chambres à coucher petites, mal aérées, passage d'appartements trop chauffés à l'air froid, irritations diverses pouvant congestionner le pharynx).

J. Wright, tout en insistant sur la nécessité d'une ablation complète, montre qu'une destruction trop étendue et trop profonde de la fibro-muqueuse qui supporte les végétations peut

amener des accidents graves. Il montre le rôle de certaines inflammations post-opératoires dans la récurrence, de la tuberculose, de la syphilis, de la transformation en tumeur maligne.

W. Simpson croit qu'au cours de la première opération il est souvent difficile d'apprécier si l'ablation est absolument complète. Une seconde opération est assez fréquemment nécessaire mais après celle-ci les récurrences sont rares.

C. Myles a rarement vu les récurrences après l'opération pendant l'anesthésie. Il n'a jamais vu ces récurrences produire des troubles fonctionnels sérieux.

Coakley a vu une saillie insignifiante laissée au cours d'une opération grossir considérablement en moins de six mois.

Gleitsmann croit la récurrence rare après l'opération radicale sous l'anesthésie, mais recommande de suivre toujours le malade pendant plusieurs mois.

F. Chappell examine la gorge quelques semaines après l'opération et touche les points suspects au nitrate d'argent. Il n'a eu que peu de récurrence.

J. Quinlan signale comme cause de récurrence l'obstruction ou l'atrésie de la partie antérieure des fosses nasales.

E. Newcomb admet le rôle de cette atrésie. Le grattage du pharynx après l'opération avec le doigt entouré de gaze iodoformée lui a paru un très bon moyen.

F. Mc Kernon dit que certaines récurrences sont absolument inexplicables.

Bryson Delavan signale quelques faits rares de guérison complète après une opération partielle. Il recommande l'opération radicale avec anesthésie. Il ne croit pas que l'hémorrhagie soit plus à craindre dans les opérations pour récurrence.

A. F. PLICQUE.

De l'ablation des amygdales hypertrophiées avec l'anse électrothermique, par LICHTWITZ, de Bordeaux (*Médecine moderne*, 1895, n^{os} 9 et 10).

Dans une première partie de son travail, l'auteur fait le procès des différentes méthodes en usage : bistouri, ciseaux, pince coupante, amygdalotome, auxquelles on reproche surtout les hémorrhagies. L'ignipuncture, au moyen du thermocautère, ou mieux, du galvanocautère, ainsi que l'électrolyse, exigent un trop grand nombre de séances espacées, et sont moins bien tolérées par les malades.

Reste donc l'anse *électrothermique*, opération peu douloureuse et ayant comme gros avantage de ne pas produire d'hémorragie. Le délaissement dans lequel était tombée cette méthode, alors que l'on ne pouvait compter sur les courants inconstants fournis par les piles, n'a plus sa raison d'être avec les accumulateurs que nous possédons actuellement, et qui nous permettent d'enlever les amygdales hypertrophiées de n'importe quel volume et de n'importe quelle structure dans un espace de temps qui ne doit pas être supérieur à deux ou quatre secondes. Ce temps est assez long pour que l'hémostase se produise, et il est assez court pour qu'il n'y ait pas de rayonnement de chaleur trop intense dans les tissus profonds et voisins.

Après avoir énuméré les suites de l'opération, qui sont ordinairement insignifiantes, Lichtwitz continue son article de vulgarisation en donnant des conseils pratiques et précis sur les instruments à employer, et la manière d'opérer.

1° *Intensité du courant.* — Huit ampères pour un fil de fer de $\frac{1}{3}$ de millimètres d'épaisseur. Pour les amygdales très grosses et qu'on suppose fibreuses, on augmentera l'intensité jusqu'à dix ampères.

2° *Anse ; métal à employer.* — Le fil d'acier qui sert pour les cordes à piano, monté sur le porte-anse simple, et de $\frac{1}{3}$ de millimètre de diamètre.

3° *Les porte-fils.* — Que les pennes soient assez grosses et suffisamment isolées pour qu'elles ne s'échauffent pas.

4° *Manches.* — Longueur suffisante pour pouvoir serrer jusqu'au haut une anse qui, déployée, a 18 centimètres de long. Contacts de l'interrupteur larges. Cordons de gros diamètre.

5° *Source électrique : accumulateurs, courants formés par des dynamos.* — Avec deux accumulateurs montés en tension placés assez près de l'opérateur, on obtient l'intensité suffisante.

Enfin, l'auteur termine en reproduisant la photographie de l'installation dont il se sert.

L. EGGER.

De l'angine granuleuse, par MENDEL (*Médecine moderne*, n° 17, 1895).

Leçon très intéressante par sa clarté et sa concision, leçon complète par sa description soignée et surtout par son traitement. L'auteur y examine tous les traitements mis en usage, et indique la manière de les pratiquer.

L. EGGER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

FRANCE

Oreille.

M. Lannois. Nécrose et élimination spontanée d'un limaçon avec conservation apparente d'un certain degré d'audition (Soc. des sc. méd. de Lyon; in *Lyon méd.*, 8 septembre 1893).

David et Estor. Mycosis de l'oreille (*Arch. de méd. et chir. milit.* septembre 1893).

A. Broca. Traitement des abcès encéphaliques consécutifs aux suppurations de l'oreille (*Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*, 23 septembre 1893).

Aslanian. Carie du rocher; paralysie faciale; otite moyenne chronique tuberculeuse (*Marseille méd.*, n° 14, 1893).

Collet. L'otologie et la laryngologie dans les cliniques de Vienne (*Province méd.*, n° 36, 1893).

Lubet-Barbon. Otite moyenne suppurée, carie de la paroi interne de la caisse, paralysie faciale. Opération de Stacke. Mort. Autopsie. (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, septembre-octobre 1893).

P. Bonnier. Le vertige brightique (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 11 et 18 octobre 1893).

G. Nimier. Traitement chirurgical de l'otite moyenne suppurée chronique (*Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*, 14 octobre 1893).

Gellé. Un point de physiologie de l'étrier (Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Soc. de biol. de Paris, 27 octobre 1893).

F. Marais. Hématôme spontané du pavillon de l'oreille (*Année méd. de Caen*, 15 octobre 1893).

C. Delstanche. Nouvelle méthode d'extraction du marteau (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 octobre 1893).

G. Bédart. Auto-observation d'un cas d'otite moyenne aiguë. Paracentèse du tympan. Guérison. (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 octobre 1893).

L. Couëtoux. Examen de l'audition au conseil de révision (Soc. de méd. de Nantes, 23 octobre; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 novembre 1893).

M. Lannois. Abcès du cervelet lié à la présence d'acares dans l'oreille chez un lapin (Soc. des sc. méd. de Lyon; in *Lyon méd.*, 12 novembre 1893).

A. F. Plicque. Surdité et syphilis (*Gaz. des hôp.*, 14 novembre 1893).

G. Gradenigo. La surdité dans la méningite cérébro-spinale (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 octobre 1893).

Coyne. Cholestéatome du conduit auditif externe (Soc. d'anat. et phys. de Bordeaux, 23 octobre; in *Journ. de méd. de Bordeaux* n° 46, 1893).

Lacoarret. Corps étranger de l'oreille (*Ann. de la polyclin. de Toulouse*, octobre 1893).

Lavrand. Empyème de l'antra mastoïdien droit; abcès sous-périosté; perforation spontanée de la table osseuse (*Journ. des so. méd. de Lille*, n° 45, 1893).

Mlle N. Astier. Observation sur un cas d'audition colorée (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 16 décembre 1893).

A. Vaudremer. Des méningites suppurées non tuberculeuses (Thèse de Paris, 1893).

E. Guillaume. Traitement des corps étrangers de l'oreille (Soc. méd. de Reims, 18 octobre; in *Union méd. du Nord-Est*, décembre 1893).

Chambellan. Traitement de l'otite moyenne scléreuse chez quelques enfants, par la solution iodo-iodurée prise à l'intérieur. Nouvelle méthode de traitement (*Journ. de clin. et therap. infantiles*, 20 décembre 1893).

E. Ménière. Coup de feu dans l'oreille droite. Observation (*Arch. int. de lar. rhin. otol.*, novembre-décembre 1893).

E. Deschamps. Deux cas de surdité syphilitique profonde (Compte rendu des séances de la soc. de méd. et chir. de l'Isère, 20 octobre 1893).

A. Courtade. Rupture par effort du conduit auditif externe. Hémorragie persistante (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, novembre-décembre 1893).

J. Gruber. Trépanation de l'apophyse mastoïde. Réunion secondaire de la plaie. Leçon recueillie par **P. Maurel** (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 janvier 1894).

A. Politzer. Le traitement de l'otite moyenne suppurée (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 17 janvier 1894).

A. Raoult. Otite moyenne compliquée de pénétration de larves de mouches dans le conduit et dans la caisse du tympan (*Rev. méd. de l'Est*, 1^{er} février 1894).

Gellé. Sur l'acuité auditive et la portée de l'ouïe (Comptes rendus hebdomadaires de la soc. de biol. 2 février 1894).

Brunelle. Otite moyenne suppurée dans le typhus exanthématique (*Bull. méd. du Nord*, n° 24, 1893).

Garnault. Les maladies infectieuses dans leurs rapports avec les maladies de l'oreille (*Semaine méd.*, n° 1, 1894).

E. J. Moure. De l'extraction des osselets dans l'otorrhée (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 53, 1893).

Régis. Hallucination unilatérale de l'ouïe (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 53, 1893).

Ladreit de Lacharrière, Polaillon et Brouardel. Des coups de feu au niveau de l'oreille (Soc. de méd. lég. 12 février; in *Bull. méd.*, 14 février 1894).

A. Guillemin. Notions d'acoustique (La voix parlée et chantée, janvier 1894).

Guillaume. La parole chez les sourds-muets (Soc. méd. de Reims, 10 janvier; in *Union méd. du Nord-Est*, février 1894).

A. Courtade. Nouveau mode de traitement des abcès du conduit auditif externe par le tubage (Soc. de thérap. de Paris, séance du 14 février 1894).

Prompt. Etude sur les fonctions de l'oreille interne (*Dauphiné méd.*, mars 1894).

E. Schmiegelow. Corps étranger dans la cavité tympanique. Extraction. Tétanos (*Rev. de lar. otol. et rhin.* 1^{er} mars 1894).

Garnault. Le massage vibratoire dans les maladies de l'oreille (*Clinique française*, 28 février 1894).

C. Miot et J. Baratoux. Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez. 5^e partie des maladies de l'oreille moyenne (In 8^o de 744 pages avec 61 figures dans le texte. L. Battaille et C^o éditeurs, Paris, 1894).

Morel-Lavallée et Déléage. Impétigo du lobule de l'oreille (Soc. franç. de dermat. et syphil., séance du 8 mars, Paris, 1894).

E. Guder. Contribution à l'étude de la toux réflexe, en particulier de la toux auriculaire (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 mars 1894).

M. Lermoyez. L'oreille typhique (*Presse méd.*, 18 mars 1894).

A. Broca. Le traitement des mastoïdites (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, janvier-février 1894).

Gellé. Instrument pour échancre le mur de la logette et ouvrir l'attique (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, janvier-février 1894).

A. Barbier. Deux cas d'hématome du conduit auditif externe chez des enfants (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 5 avril 1894).

L. Lichtwitz et J. Sabrazès. Du cholestéatome de l'oreille (*Bull. méd.*, 28 mars 1894).

A. Cannieu. Recherches sur les origines du nerf auditif, ses rameaux et ses ganglions (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1^{er} et 15 avril 1894).

Brindel. Méningo-encéphalite diffuse aiguë consécutive à une otite moyenne suppurée (*Soc. anatom. de Bordeaux*, 15 janvier 1894).

Gellé. Erreurs dans l'examen de l'audition (*Tribune méd.*, n^o 11, 1894).

Gellé. Du désenchatonnement de l'étrier (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, janvier 1894).

A. Courtade. I. Manche porte-instruments à angle variable. — II. Manchon hermétique pour spéculum de Siegle (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, janvier 1894).

P. Bonnier. Réflexes auriculaires (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, février 1894).

Rougier. Otites grippales (*Bull. méd. et adm. du dispensaire gén. de Lyon*, 15 avril 1894).

Delors. Sur l'éducation des sourds-muets (Soc. nat. de méd. de Lyon; in *Lyon méd.*, 15 avril 1894).

E. J. Moure. Sur un cas d'opération de Stacke (*Bull. et mém. de la soc. d'ophth. lar. otol. et rhin. de Bordeaux et du sud-ouest*, nos 11 et 12, 1893).

F. Lagrange. Paralysie du droit externe consécutive à une fracture du rocher (*Bull. et mém. de la soc. d'ophth. lar. otol. et rhin. de Bordeaux et du sud-ouest*, nos 11 et 12, 1893).

Le Dantec. Rétrécissement du champ auditif dans l'hystérie (*Arch. de méd. navale et coloniale*, avril 1894).

Chambellan. Observation de syphilis héréditaire de l'oreille moyenne (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 26 avril 1894).

E. Ménière. Sarcôme ossifiant chez un enfant de 8 ans (*Médecine moderne*, 2 mai 1894).

M. Lannois. Nécrose et séquestre du labyrinthe (Soc. franç. de lar. otol. et rhin. séance du 1^{er} mai; et *Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1^{er} juillet 1894).

Montalescot. Le chlorure de zinc dans le traitement de l'otite moyenne suppurée, chronique, granuleuse (Thèse de Paris, mai 1894).

J. A. A. Rattel. Le cathétérisme des trompes d'Eustache rendu pratique par l'usage de la sonde palatométrique (Broch. de 8 pages, Paris 1894).

C. Miot. Quelques remarques sur la mobilisation de l'étrier (Soc. franç. de lar. otol. et rhin. séance du 1^{er} mai; *Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 juillet 1894).

A. Martin et Lubet-Barbon. Rapport sur le traitement des supurations mastoïdiennes (Soc. franç. de lar. otol. et rhin., séance du 2 mai 1894).

G. Luc. Contribution à la question de l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne comme traitement radical de certaines otorrhées rebelles (Soc. franç. de lar. otol. et rhin., séance du 2 mai; *Arch. int. de lar. rhin. otol.*, mai-juin 1894).

B. Loewenberg. Traitement abortif du furoncle par la cautérisation ignée (*Bull. méd.*, 6 mai 1894).

A. Cartaz. Deux cas de surdité hystérique (Soc. franç. d'otol. et lar., séance du 2 mai; *Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1^{er} juin 1894).

Gellé. Les inhibitions auriculaires (Soc. franç. d'otol. et lar., séance du 2 mai 1894).

A. Bouyer. Traitement des surdités catarrhales à Caunterets (*Arch. gén. d'hydrologie*, 1894).

G. Variot. Malformations congénitales du pavillon de l'oreille et de l'oreille externe chez des enfants (*Journ. de clin. et thérap. infantiles*, 10 mai 1894).

Claude. Ulcération sarcomateuse de l'oreille (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 6, février-mars 1894).

A. Cartaz. Malformation de l'oreille (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, mars 1894).

E. Giampietro. Contribution au traitement de l'aphasie et de la surdi-mutité. (La voix, mai 1894).

Tuffier et Tucker. Trois abcès centraux à streptocoques consécutifs à une otite moyenne. Trois trépanations suivies de succès temporaires, méningite suppurée. Mort. (*Bull. de la soc. anat. de Paris*, fasc. 7, mars-avril 1894).

T. Bec. De la nécrose du labyrinthe et en particulier du limaçon (Thèse de Lyon, avril 1894).

Coyne. Du sourd-muet et de son éducation (*Arch. clin. de Bordeaux*, avril 1894).

Mermod. Des bourdonnements d'oreilles perceptibles à distance (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 mars 1894).

F. Schiffrs. Traumatisme de l'oreille (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 mars 1894).

Delsaux. Un cas de syphilis du labyrinthe (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 mars 1894).

Dellé. Trois observations d'otorrhées chroniques avec complication de carie (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 mars 1894).

Noquet. Polype volumineux de l'oreille droite (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 avril 1894).

Hamon du Fougeray. Règles à suivre dans l'ouverture des abcès mastoïdiens (Soc. franç. d'otol. et lar. Paris, 30 avril 1894).

Grelet. Contribution à l'étude de l'anesthésie par le bromure d'éthyle, ses applications en oto-laryngologie (Thèse de Paris, juin 1894).

NOUVELLES

Congrès International d'Otologie.

(Florence, 23-26 septembre 1895.)

Rapports.

1. Le traitement des abcès intra-crâniens à la suite des affections purulentes de l'oreille, par T. BARR (Glasgow).
2. Le traitement général dans les maladies de l'oreille, par GELLÉ (Paris).
3. Le traitement général dans les otites internes, par G. GRADENIGO (Turin).
4. État actuel de l'anatomie pathologique du labyrinthe, par A. POLITZER (Vienne).
5. Sur la physiologie de l'oreille moyenne, par C. SECCHI (Bologne).

Communications.

ANATOMIE NORMALE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE

6. ARSLAN (Padoue). — Contribution à l'étude des tumeurs adénoïdes.
7. CHUCINI (Rome). — Méthode de section anatomique du temporal avec démonstration de pièces anatomiques.

8. COZZOLINO (Naples). — Recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques sur les fosses nasales, la cavité pharyngienne et l'oreille moyenne des nourrissons et nouveau-nés. 1^{re} série d'observations. Considérations hygiéniques, cliniques et thérapeutiques.

9. COZZOLINO (Naples). — Présentation d'un atlas photographique et stéréoscopique d'anatomie normale et pathologique des cavités nasopharyngiennes et auriculaires, d'après nature, destiné à l'enseignement.

10. COZZOLINO (Naples). — Présentation d'un atlas de 10 planches à l'aquarelle d'embryologie et d'anatomie normale, avec application à la physiologie des appareils auditifs, naso-pharyngé et pharyngo-buccal, destiné à l'enseignement.

11. HAUG (Munich). — Démonstration de préparations microscopiques, anatomo-pathologiques.

12. HAUG (Munich). — Présentation de préparations microscopiques de myringoplastie.

13. POLITZER (Vienne). — Démonstration de pièces anatomiques.

PHYSIOLOGIE ET MÉTHODES D'EXPLORATION

14. BOUCHERON (Paris). — Sur la réfraction des ondes de la parole à travers les os du crâne.

15. CHIUCINI (Rome). — Recherches expérimentales sur le minimum d'audition, selon l'âge.

16. COZZOLINO (Naples). — La manométrie nasale en rapport avec la manométrie auriculaire. Conclusions avec démonstrations.

17. GRAZZI (Florence). — Considérations sur les résultats de l'expérience de Weber et de Masini.

18. HAUG (Munich). — Résultat de recherches expérimentales sur les transplantations.

19. LANNOIS (Lyon). — Sur le cérumen.

20. OKUNEFF (Saint-Petersbourg). — L'auscultation de l'apophyse mastoïde dans les cas de sclérose.

21. OTTOLENGHI (Sienne). — La sensibilité et la situation juridique des sourds-muets.

22. DE ROALDÈS (Nouvelle-Orléans). — Note préliminaire sur les particularités otologiques des nègres.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

23. ARSLAN (Padoue). — Un cas d'hématome du conduit auditif externe.

24. AVOLEDO (Milan). — Quels sont les résultats donnés jusqu'ici par la chirurgie intra-tympanique dans le traitement des otites supprimées.

25. BARATOUX (Paris). — Diagnostic et traitement de l'ankylose des osselets ; sa guérison.

26. BOTÉY (Barcelone). — Traitement de l'otite sèche et principalement de l'ankylose de la base de l'étrier par des injections intra-tympaniques d'acide lactique.

27. BOTÉY (Barcelone). — Traitement des bourdonnements et de quelques affections labyrinthiques par la paracentèse de la membrane ronde, suivie d'aspiration.

28. BRIEGER (Breslau). — Sur l'ostéite primitive de l'apophyse mastoïde.

29. BRONNER (Bradford). — Massage local dans le traitement de l'eczéma chronique de l'oreille externe.

30. BURNETT (Philadelphie). — Prophylaxie de l'empyème mastoïdien.

31. COOSEMANS (Bruxelles). — Un cas de corne du pavillon.

32. CORRADI (Vérone). — Sur les perforations traumatiques du tympan.

33. COZZOLINO (Naples). — Sur les progrès de la chirurgie otoiatrique radicale des cavités moyennes de l'oreille et du conduit auditif externe. Critique, nouvelles indications et méthode de l'auteur pour ouvrir l'antre de l'apophyse mastoïde, avec démonstrations.

34. D'AGUANO (Palermo). — Sur la paracousie de Willis.

35. DELSTANCHE (Bruxelles). — Quelques mots sur l'emploi de la vaseline liquide dans le traitement des affections de l'oreille moyenne.

36. FERRERI (Rome). — Sur les altérations séniles de l'oreille moyenne.

37. FLATAU (Berlin). — Sur la guérison d'anciennes perforations du tympan.

38. GARZIA (Naples). — 1^o Influence de la syphilis sur certaines affections auriculaires. 2^o Exostose pédonculée de l'oreille externe.

39. GRADENIGO (Turin). — Contribution à la chirurgie endo-cranienne des complications otitiques ; abcès cérébraux, thrombose, etc.

40. GRAZZI (Florence). — Sur un cas de surdité complète à la suite d'une méningite aiguë par diplococcus de Fränkel avec présentation de la malade.

41. HARTMANN (Berlin). — Sur les progrès modernes du traitement des otorrhées.

42. HAUG (Munich). — Sur une nouvelle disposition des lambeaux dans l'opération radicale des otites moyennes chroniques purulentes.

43. HEIMAN (Varsovie). — 1^o Statistique des maladies d'oreilles. 2^o Un cas d'abcès cérébelleux d'origine otique.

44. LICHTWITZ (Bordeaux). — Complications des empyèmes des cavités accessoires du nez.

45. LUBET-BARBON. — Sur les mastoïdites ; rapports de l'anatomie et de la pathologie.

46. MACNAUGHTON JONES (Londres). — Rapports de l'hypertrophie des cornets avec la surdité, et en particulier de l'ablation des cornets.

47. MÉNIÈRE (Paris). — Emploi de bougies en gomme dans le traitement des affections de la trompe et de la caisse.

48. MOURE (Bordeaux). — Polypes de l'oreille et hémorrhagies.

49. SEXTON (New-York). — Remarques sur la chirurgie de l'oreille moyenne.

50. STRAZZA (Gênes). — Cas importants d'affections cérébrales consécutives aux otites moyennes suppurées.

51. SAINT-CLAIR THOMSON (Londres). — Sur l'antisepsie et les médications intra-nasales.

52. SUNE Y MOLIS (Barcelone). — Sur les blessures de l'apophyse mastoïde produites par des balles de fusil ou de revolver.

53. SZENES (Budapest). — Sur les lésions traumatiques de l'organe de l'ouïe.

54. VERDOS (Barcelone). — Troubles de l'oreille provoqués par les détonations de dynamite.

Présentations d'instruments.

55. ABERY (Copenhague). — Nouvel instrument pour le traitement des affections catarrhales aiguës et chroniques de l'oreille moyenne.

56. DELSTANCHE (Bruxelles). — Instruments.

57. ROYER (Lyon). — Instrument permettant de mesurer exactement la sensibilité des sons musicaux avec quelques considérations sur les résultats obtenus.

58. SUAREZ DE MENDOZA (Angers). — Instruments.

La 67 réunion des naturalistes et médecins allemands.

(Lubeck, 16-21 septembra.)

SECTION D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Sur les modifications de la glande thyroïde dans la maladie de Basedow, par LUBARSCH (Rostock).

SECTION DE MÉDECINE INTERNE

Sur la maladie de Basedow, par MARTIUS et BERLIN (Rostock). — Les résultats du sérum antidiphthéritique, par HEUBNER (Berlin) et SOLTSMANN (Leipzig).

SECTION DE CHIRURGIE

I. Inflammation des amygdales et amygdalotomie. — II. Ablation des cornets inférieurs, par RIEDEL (Iéna).

SECTION DE PÉDIATRIE

La durée de l'intubation dans des cas guéris par la sérumthérapie et actuellement, par BOKAI (Budapest). — Sténoses cicatricielles consécutives à l'intubation, par GALATTI (Vienne). — Rapports du spasme glottique avec la tétanie, par HAUSER (Berlin). — Sur la sérothérapie, par V. RANDE (Munich).

SECTION DE NEUROLOGIE ET PSYCHIATRIE

Sur la surdité corticale, par A. PICK (Prague).

SECTION D'OTOLOGIE

Contribution à l'étiologie du cholestéatome de l'oreille moyenne. par SIEBENMANN (Bâle). — Communication par GOMPERZ (Vienne). — Otologie d'Hippocrate, par KERNER (Rostock). — Valeur des exercices acoustiques dans les cas de perte de l'ouïe, par TRESTEL (Berlin). — Communication, par O. BRIEGER (Breslau). — Le sesqui chlorure de fer en otologie, par FISCHENISCH (Wiesbaden). — Démonstrations, par STEINBRUGGE (Gresien).

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Symptômes et suites des hypertrophies amygdaliennes, par THOST (Hambourg). — Hydrorrhée nasale, par E. FINK (Hambourg). — I. Traitement chirurgical des sténoses nasales. — II. Renseignements collectifs sur la relation des affections nasales avec les maladies d'yeux, l'amélioration et la guérison de ces dernières par le traitement de l'affection nasale, par WINCKLER (Brême). — Genèse et étiologie des hémorrhagies pharyngiennes, par RETHI (Vienne). — *a.* Sur l'ozène trachéale et remarques sur la genèse de l'ozène. *b.* Cacosmie subjective. *c.* Démonstrations, par ZARNIKO (Hambourg). — Communications, par G. SCHEFF (Vienne). — *a.* Traitement opératoire de l'hypertrophie des cornets inférieurs. *b.* Traitement opératoire des scolures en forme de coupole de la cloison nasale. *c.* Une forme inconnue jusqu'ici de sténose nasale, par MOLDENHAUER (Leipzig).

La Société britannique de laryngologie, rhinologie et otologie vient de constituer son bureau : *Président* : G. STOKER (Londres) ; *vice-présidents* : E. LAW, MIDDLEMASS HUNT et W. MILLIGAW ; *Conseil métropolitain* : W. MC NEILL WHISTLER. (*ex-officio*) DUNDAS GRANT, MAYO COLLIER, WYATT WINGRAVE, G. C. WILKIN ; *extra métropolitain* : J. M. E. SCATLIFF, J. BARK ; *secrétaire honoraire* : PEGLER.

Le 3^e Congrès français de médecine interne aura lieu à Nancy au commencement du mois d'août 1896.

La *Mississippi Valley medical association* s'est réunie à Detroit les 3, 4, 5 et 6 septembre. Nous relevons au programme :

Laryngites considérées au point de vue rhinologique, par L. C. CLIVE (Indianapolis). — Traitement des inflammations aiguës de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde, par E. B. DENCH (New-York). — Excision des osselets de l'oreille, par R. C. HEFLEBOWER (Cincinnati). — Observation de vertige labyrinthique, par H. M. LASH (Indianapolis). — Anomalies de l'oreille chez les dégénérés, par F. PETERSON (New-York).

L'Hôpital pour les maladies des yeux et des oreilles de Pittsburg (Etats-Unis) a ouvert ses portes le 1^{er} juillet. Les médecins sont : D^{rs} J. E. WILLETTTS, C. A. WISEHAST, E. W. DAY, et E. G. MATSON.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du D^r ORIGÈNE MASINI, décédé à Certaldo le 21 juillet dernier. Notre confrère avait dû abandonner l'exercice de la spécialité, par suite de la maladie qui, au bout de quelques années, vient de l'emporter. Nous adressons nos sincères condoléances à son frère, G. Masini, de Gènes.

Le Dr GERBER vient d'être nommé *privat docent* pour les maladies de la gorge, du nez et de l'oreille à Königsberg.

Mon cher collègue,

Vous avez sans doute appris que l'*Index Medicus*, cette merveilleuse publication bibliographique médicale, ne paraît plus.

Le dernier numéro qu'on trouve en librairie est celui d'avril 1895, qui remonte déjà à deux mois.

J'ai l'intention de continuer, mais sur une base toute nouvelle, l'œuvre si admirable et si précieuse, commencée par la Bibliothèque des Médecins militaires Américains, et si bien organisée par le Prof. J. Billings.

Mais, pour atteindre mon but, j'ai besoin du concours de tous, les sources bibliographiques dont je dispose personnellement ne me permettant pas, tout en étant très considérables, de faire face à toutes les recherches nécessaires.

Permettez-moi de penser que vous voudrez bien vous intéresser à ma tentative et contribuer à mon entreprise de la façon suivante :

1° En m'adressant (comme nous le faisons tous jadis à l'*Index Medicus*), un exemplaire de tous les journaux d'ordre scientifique que vous publiez.

2° En m'envoyant un exemplaire de tous les ouvrages scientifiques qui sortent de votre maison.

Cela pour me permettre d'établir rapidement un *Index bibliographique* aussi complet que possible.

D'ailleurs, dans un journal spécial, qui portera le nom de *La Bibliographie scientifique*, et qui paraîtra tous les trois mois, *chaque livre envoyé* sera annoncé, comme le faisait l'*Index Medicus*.

De plus, si l'ouvrage nous est adressé en double exemplaire, il y sera analysé en 10 lignes, sans qu'il puisse y avoir le moindre oubli possible.

Confiant dans votre dévouement pour tout ce qui touche à la Science et dans votre concours pour une telle œuvre, j'ose croire, mon cher collègue, que vous ne voudrez pas la laisser s'établir sans y apporter votre pierre.

Avec tous mes remerciements,

MARCEL BAUDOUIN,

Secrétaire général de l'Association de la Presse Médicale,
Organisateur du Comité international de la Presse Médicale,
Fondateur de l'Institut international de Bibliographie Médicale.

14, Boulevard St-Germain.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diatase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALLIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 28 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÉDER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SOLUTION ET COMPRIMÉS BLANCARD. (Exalgine). Contre la douleur et principalement la dysphagie tuberculeuse.

(Voir la brochure du Dr Désiré).

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Recherches expérimentales sur le centre cortical du larynx, par J. BROECKAERT (Extrait de la *Rev. de lar. otol. et rhin.* 1895).

I. Tumeurs syphilitiques du nez. — II. Épithéliome et endothéliome de l'oreille externe, par KUHN (Extrait des *Verh. der Deuts. Otol. Gesells.* Iena, 1895).

Contribution à la pathologie et au traitement des bruits objectifs de l'oreille, par R. KAYSER (Extrait des *Verh. der Deuts. Otol. Gesell.* Iena, 1895).

Sur le lupus de l'oreille externe semblant en relation avec la vaccination, par R. KAYSER (Tirage à part des *Verh. IV^e Deuts. Dermat. Congrès*, 1895).

La mensuration exacte du passage de l'air à travers le nez, par R. KAYSER (Tirage à part des *Archiv. für Lar.* Bd III, h. 1 u. 2, 1895).

Des pressions centripètes (Epreuve de Gellé), Étude de séméiologie auriculaire, par G. GELLÉ (Broch. de 152 pages, Soc. d'Édit. Scient. Paris, 1895).

Fistule branchiale du cou guérie par l'électrolyse, par LICHTWITZ (Extrait des *Arch. d'électricité méd.* No 28, 15 août 1895).

Angiôme du pharynx, par LICHTWITZ (Extrait de la *Gaz. hebdomadaire de médecine de Bordeaux*, n° 14, 7 avril 1895).

La sérumthérapie et le tubage du larynx dans les croupes diphtériques, par A. CHAILLOU (Broch. de 120 pages, Rueff et Cie éditeurs, Paris, 1895).

Le Gérant : G. MASSON.

